

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tomáš Fiala

Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů se závislostí

Drop-out of patients with substance dependence from in-patient treatment

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 5. prosince 2016

.....

Tomáš Fiala

Identifikační záznam:

FIALA, Tomáš. *Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů se závislostí. [Drop-out of patients with substance dependence from in-patient treatment]*. Praha, 2017. 76 stran, 4 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Kalina, Kamil.

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za veškerou péči, rady, připomínky a především za laskavé vedení mé práce. Také děkuji primáři, vedoucímu lékaři a celému personálu oddělení psychiatrické nemocnice za laskavé umožnění provedení výzkumu; z důvodu důsledné ochrany osobních údajů pacientů neuvádím název instituce. A v neposlední řadě děkuji své rodině a své ženě Markétě za laskavou podporu a trpělivost.

Abstrakt

Předčasné ukončení léčby u klientů se závislostí má nepříznivý vliv na jejich abstinenci - pravděpodobnost relapsu je velmi vysoká (Kalina, 2003). Naopak dokončení léčby se spojuje s abstinencí, s nižší kriminální činností, s méně relapsy a s vyšší mírou zaměstnanosti (Brorson et al., 2013). Pro efektivní léčbu závislostí je klíčové, aby se počet předčasných ukončení léčby minimalizoval. Rizikové faktory se objevují nejen na straně klienta, ale také na straně zařízení.

Studie se zaměřila na klienty, kteří předčasný odchod z léčby plánovali, ale nakonec se rozhodli setrvat. Pomocí anamnestických údajů a polostrukturovaných rozhovorů s klienty byla snaha identifikovat některé společné znaky klientů a nacházet odpovědi na otázky, jak přemýšlejí v době krize, čemu přikládají důraz, jak zpětně vyhodnocují své rozhodnutí z léčby neodejít a jaké motivační vlivy sami identifikují.

Mezi časté společné rysy klientů, kteří překonali reverzové tendence, patřil vyšší věk (90 %), čistý trestní rejstřík (74 %), kontakt s psychiatrií (84 %) a opakovaná léčba závislostí (74 %). Nejčastějším důvodem odchodu byly interpersonální konflikty s personálem a spoluklienty (50 %) a craving (22 %). Téměř 2/3 klientů ocenilo zlepšení psychického a fyzického zdraví. Podpora od ostatních byla hlavním důvodem setrvání v léčbě (31 % od blízkých, 26 % od personálu, 26 % od spoluklientů). Překonání reverzových tendencí bylo nejčastěji spojeno s pocitem hlubšího náhledu, sebevědomí, lepšího zvládání emocí a větší důvěrou v terapii.

Tato práce podporuje svými výsledky užívání zadržovacích technik, zvýšenou pozornost a podporu rizikovým klientům, důraz na řešení a komunikaci konfliktů a poskytnutí prostoru klientovi o své krizi mluvit a přemýšlet jako efektivní nástroje pro zvýšení úspěšně dokončených léčeb.

Klíčová slova: látková závislost – ústavní léčba – předčasné ukončení – rizikové faktory – motivace

Abstract

Drop out for clients with addiction has an adverse effect on their abstinence - the probability of relapse is very high (Kalina, 2003). By contrast, treatment completion is associated with abstinence, lower criminal activity, fewer relapses and a higher employment rate (Brorson et al., 2013). For effective addiction treatment is crucial to minimize the number of drop outs. Risk factors appear not only on the client side, but also on the side of the service.

The study focused on clients who planned to drop out, but at last they decided to stay. Anamnestic data and interviews with clients helped to identify common client traits and answer the questions about the client thinking process during the crisis, what they emphasize, how they evaluate their decision not to drop out and what motivational influences they identify.

Frequent common traits of clients who overcame drop out tendencies were a higher age (90 %), criminal record (74 %), contact with psychiatry (84 %) and repeated addiction treatment (74 %). Interpersonal conflicts with staff and clients (50 %) and craving (22 %) were the most frequent reasons to drop out. Nearly 2/3 of clients appreciated the improved mental and physical health. The support from the others was the main reason for retention in treatment (31 % from relatives, 26 % from the staff and 26 % from clients). Overcoming drop out tendency was most often associated with a sense of deeper insight, self-esteem, better handling of emotions and greater confidence in therapy.

This study supports using retention techniques, increased attention and support for risk clients, the emphasis on communication and conflict solving and providing space to talk and think about the client crisis as effective tools for enhancing successfully completed treatments.

Key words: substance dependence - in-patient treatment – drop-out – risk factors – motivation

Obsah

1. ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
2. CO JE TO ZÁVISLOST	10
2.1 SOCIOKULTURNÍ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	10
2.2 PSYCHODYNAMICKÁ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	11
2.3 BEHAVIORÁLNÍ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	12
2.4 BIOLOGICKÁ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI	13
3. DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH – OSVĚDČENÉ POSTUPY I NOVINKY	15
4. ÚSTAVNÍ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE	18
4.1 OBECNÉ INFORMACE O ÚSTAVNÍ LÉČBĚ	18
4.2 PRŮBĚH STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBY	20
4.3 VÝSLEDKY ÚSTAVNÍ LÉČBY A VYHLÍDKY DO BUDOUCNA	22
5. ŘÁDNÉ DOKONČENÍ LÉČBY	23
6. PŘEDČASNÉ UKONČENÍ LÉČBY	26
7. RIZIKOVÉ FAKTORY VYPADNUTÍ Z LÉČBY NA STRANĚ KLIENTA	28
7.1 PORUCHA OSOBNOSTI	30
7.1.1 <i>Problémy během terapie u závislé struktury osobnosti</i>	<i>31</i>
7.1.2 <i>Problémy během terapie u narcistní struktury osobnosti</i>	<i>31</i>
7.1.3 <i>Problémy během terapie u hraniční poruchy osobnosti</i>	<i>32</i>
7.1.4 <i>Problémy během terapie u histriónské poruchy osobnosti</i>	<i>32</i>
7.1.5 <i>Problémy během terapie u schizoidní struktury osobnosti</i>	<i>33</i>
8. RIZIKOVÉ FAKTORY VYPADNUTÍ Z LÉČBY NA STRANĚ ZAŘÍZENÍ	34
9. PREVENCE VYPADNUTÍ Z LÉČBY	36
VÝZKUMNÁ ČÁST	38
10. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	38
11. METODIKA	38
11.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR A METODY JEHO ZÍSKÁNÍ	38
11.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	39
11.3 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT	40
12. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	41
13. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	42
13.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	42
13.2 VÝSLEDKY Z ROZHOVORU PŘED REVERZEM	48
13.3 VÝSLEDKY ROZHOVORU PO STAŽENÍ REVERZU	52
14. DISKUZE	55

15. ZÁVĚR	64
16. POUŽITÁ LITERATURA.....	66
17. SEZNAM PŘÍLOH	72
PŘÍLOHA Č. 1	73
PŘÍLOHA Č. 2	74
PŘÍLOHA Č. 3	75
PŘÍLOHA Č. 4	76

1. ÚVOD

Téma předčasného ukončení léčby se v náplni mé práce terapeuta objevuje každý den. Ať jsou to motivační pohovory klientů, kteří již negativní reverz podali svému ošetřujícímu lékaři, nebo poznámky o odchodu z léčby, které se objevují v denících, na komunitě, ve skupinové terapii či při individuálním pohovoru. Téma předčasného odchodu z léčby se otevírá i na každodenních poradách týmu. Zde se ale často o vypadnutí z léčby (z anglického drop out) hovoří buď stroze informativním charakterem, nebo tým poukazuje na to, že tento odchod byl předvídatelným již na samém začátku léčby. Jen málokdy společně řešíme, jak pracovat s možnou motivací klienta zůstat v léčbě.

Z vlastní mnohaleté zkušenosti ale vím, že úvahy o předčasném odchodu z léčby se objevují u naprosté většiny klientů. Často pomůže jen klienta vyzvat, aby své myšlenky verbalizoval nahlas, urovnal si, co ho v případě opuštění léčby venku čeká, jak na odchod zareaguje rodina a nejbližší a klient je motivován k léčbě pokračovat. Myslím si, že pokud by myšlenky na vypadnutí z léčby u klientů byly více vnímány jako signál pro tým, že nyní je potřeba více pracovat s tímto klientem, zahájit kroky k prevenci vypadnutí a použít správné motivační prostředky, procento předčasných odchodů z léčby by se mohlo výrazně snížit.

Výzkumy jednoznačně ukazují, že vypadnutí z léčby má přímou souvislost s pravděpodobností relapsů u těchto klientů (Kalina, 2003). Zároveň se ale většina prací zabývá rizikovými faktory na straně klienta a jen zlomek těchto studií řeší rizikové faktory na straně zařízení a možné motivační nástroje pro udržení klientů v léčbě (Brorson et al., 2013).

V teoretické části jsem se především zaměřil na již identifikované rizikové faktory vypadnutí z léčby jak na straně klienta, tak na straně zdravotnického zařízení. Ve výzkumné části jsem se zaměřil na klienty, kteří předčasný odchod z léčby plánovali, ale nakonec se rozhodli v léčbě setrvat. Snažil jsem se pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty nacházet odpovědi na otázky, jak přemýšlejí v době krize, a jak zpětně vyhodnocují své rozhodnutí z léčby neodejít.

Doufám, že text mé diplomové práce podnítl větší zájem o tak kruciólní moment v léčbě klienta, jako je období klienta, který se rozmýšlí odejít předčasně z léčby. Zároveň si myslím, že výsledky pomohou terapeutickému týmu psychiatrické nemocnice se více zamyslet nad prevencí vypadnutí z léčby, na možnostmi posílení klíčových motivačních jevů a jistě přinesou do týmu více spolupráce a možnosti diskutovat o poskytované terapeutické práci.

TEORETICKÁ ČÁST

2. CO JE TO ZÁVISLOST

„Závislost je nevyléčitelná nemoc. Co se vyléčit dá, jsou rány, které nemoc uštědřila, a duševní zranění, jež chorobnou závislost způsobila.“

(Heinz-Peter Röhr)

Zneužívání návykových látek se objevuje v historii od nepaměti. Látky, které způsobují změněné stavy vědomí, se v různých starověkých bájích a příbězích objevují jako dary od Bohů. Ať již je to indické konopí z vlasů boha Višnu, mák přinášející spánek od řecké Demeter či kávové boby od archanděla Gabriela (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). I v dnešní době, přestože se problémy s alkoholem a zneužívání dalších návykových látek nevyhýbá žádným vrstvám a společenským skupinám, je tato problematika často podceňována. Dle výzkumů má 25-50% pacientů ve všeobecných nemocnicích problémy s abúzem či závislostí na alkoholu nebo drogách a v těchto případech si tito pacienti zaslouží patřičnou péči a odbornou pomoc od erudovaných odborníků (Seifertová et al., 2008). Vznik závislosti je stále ještě v dnešní době zahalen pod rouškou tajemství. V mnoha studiích na zvířatech i lidech se objevuje magických 20 % - 20 % zvířat či lidí z populace, u kterých se vyvine závislost na drogách poté, co drogu okusili. Zajímavé je, že toto číslo je stejné i ve studiích s potkany, kdy zvířata dostávala drogu, a pak velmi nepravidelně získávala z krmítek buď drogu či elektrický šok. Cílem bylo potkany donutit abstinovat. A právě 20 % potkanů i přes tyto nepředvídatelné tresty drogu nepřestalo brát. Otázkou i nadále zůstává, zda je to kvůli strukturálním anomáliím v mozku či výskytem charakteristických vlastností, které jsou rizikové pro vznik závislosti (impulzivita, nutkání, potřeba vyhledávání nového, snížená schopnost rozhodování se) (Šlamberová, 2008).

Jeden z prvních kroků je si uvědomit, že závislost je onemocnění, které vyžaduje léčení. A že vznik závislosti nelze redukovat na jednu příčinu, ale vždy se jedná o souhru různých faktorů z okruhu jedince, drogy a prostředí (Göhlert, Kühn, 2001).

2.1 SOCIOKULTURNÍ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Ronald J. Comer ve své knize *Abnormal Psychology* (1998) shrnuje rizikové faktory z několika pohledů, které zde stručně představím. Prvním z nich je teorie sociokulturní, která

říká, že závislost se vytváří na základě stresujících socioekonomických podmínek. Některé studie ukazují, že regiony s vyšší mírou nezaměstnanosti mají vyšší procento obyvatel závislých na alkoholu. Podobně jsou na tom pak oblasti, kde je více nebezpečí, nejistoty a napětí. Také obyvatelé větších měst, nižší socioekonomické třídy a lidé žijící ve stresujícím prostředí, včetně vojáků. Dále se socioekonomičtí teoretikové domnívají, že zneužívání látek je častější v rodinách a prostředí, kde se oceňuje, či alespoň toleruje užívání drog a alkoholu – do tabulky americké učebnice psychologie se také zařadila Česká republika s nejvyšší spotřebou piva na světě. Comer poukazuje, že u národností Irů a východní Evropy nejsou jasné hranice mezi tím, kdy je pití alkoholu akceptovatelné a kdy to již překračuje únosné meze, na rozdíl například od Židů a Protestantů. Sociokulturní teorie vzniku závislosti se neomezuje jen na společnost jako celek (tzv. makroprostředí), ale také zdůrazňuje velký vliv mikroprostředí, které je utvářeno rodinnými vztahy (Váchová et al., 2009). Jedním mechanismem závislosti je fakt, kdy jeden z rodičů je aktivně závislý a dítě v těchto podmínkách vyrůstá – tzv. model nemoci rodiny. Druhým mechanismem závislosti je kodependence. Kodependence, česky také spoluzávislost, je termín, který vznikl ve Spojených státech v hnutí Anonymních alkoholiků ve 30. letech 20. století. Tento termín vyjadřuje motivy, postoje, komunikaci a chování, kterým rodinní příslušníci a partneři závislost klienta spíše podporují, rozvíjejí, a tak také znemožňují klientovo vyléčení (Hajný, 2008). Röhr ve své knize Závislé vztahy (2011) vysvětluje, že příslušníci rodiny závislého člověka bývají vtaženi do spoluzávislosti, ať chtějí či ne. Je totiž přirozenou reakcí partnera či rodičů snaha vyvažovat sílící nejistotu v rodině. A tak závislého často kryjí před důsledky, omlouvají ho u zaměstnavatele, či ve škole, před přáteli, ale zároveň se ho snaží napravit, ať už odepíráním lásky, sexu, kontrolou financí, odkrýváním skrýší s alkoholem a jeho likvidací atd. Spoluzávislý se snaží „vyléčit“ závislého celou škálou emocionálního nátlaku, ať už prosením, vyhrůžkami, odchody, péčí, ale tyto postupy akorát zhoršují situaci, protože závislý se brání vzdorem a nechce změnit své dosavadní chování. Někdy může mít rodina z potíží závislého i prospěch, nemusí např. řešit své vlastní problémy, dítě v rodině závislého dostane nový počítač jako kompenzaci za nevěnování se rodičovským povinnostem, výchova dítěte není tolik důsledná a toleruje se horší prospěch ve škole. Tím, že také dítě často zastupuje roli závislého rodiče, přicházejí s nově nabytými povinnostmi i nová práva. Tím se pak kruh uzavírá a vytváří se patologické prostředí s vyšším rizikem vzniku závislosti u dítěte (Váchová et al., 2009).

2.2 PSYCHODYNAMICKÁ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Druhý pohled na vznik závislosti vychází z psychodynamické teorie. Ta předpokládá, že počátky závislosti se dají vystopovat do raného dětství klienta. Rodiče závislého selhali v nasycení dětských potřeb, a tak jsou takovéto děti v průběhu života více závislé na pomoci a uklidnění ostatních. Jednoduše hledají nasycení péče u ostatních, která jim byla v dětství odepřena. V hledání vnějších zdrojů k uspokojení svých potřeb pak častěji přicházejí i do

kontaktu s drogou. Přestože se v minulosti i dlouhodobé longitudinální studie snažily rozklíčovat jasné osobnostní charakteristiky, které vedou ke zneužívání návykových látek, ani jedna ze studií nepřinesla výsledky, které by jiná studie nezpochybnila. Nejčastěji se ve výsledcích takovýchto studií objevovaly rysy závislostní, antisociální, impulzivní, depresivní a potřeba vyhledávat nové podněty (Comer, 1998). Ani psychodynamické teorie vzniku závislosti nejsou jednotné. V poslední době se shrnují do 4 pohledů (Zahradník, 2007). První z nich je teorie narcistické gratifikace, která vychází z Freuda a vnímá závislost na návykových látkách jako nástroj dosažení slasti bez nebezpečí zranění a bez nutnosti závislosti na druhé osobě. Závislost pak chrání ego před bolestí a depresi, vytváří se umělý narcistický vztah, návyková látka zde sytí vlastní potřeby a závislý žije v iluzi, že je schopen plně kontrolovat a uspokojovat své potřeby a není na nikom závislý. Druhý psychodynamický pohled na vznik závislosti vychází z teorie orality. Závislý nedostatečně vyřešil vývojové konflikty v orální fázi, a tak vztah s návykovou látkou uspokojivě saturuje potřeby orální fixace a zůstává tak regredovaný v této fázi. Třetí vysvětlení přichází s teorií manických relací, která vychází z klinického pozorování klientů. Někteří dynamicky orientovaní psychoterapeuti se domnívají, že drogová závislost je velmi blízká maniodepresivitě, a to především v projevech manických obranných mechanismů, které jsou viditelné po požití návykové látky. Závislý je používá ke kontrole deprese a úzkosti a patří k nim idealizace, identifikace s idealizovaným objektem (s drogou) a onipotentní kontrola objektů. Poslední psychodynamickou teorií vzniku závislosti je teorie perversí, která poukazuje na vztah mezi alkoholovými závislostmi a homosexuálními fantaziemi. Návyková látka zde neutralizuje neúnosné prožitky a fantazie. Zároveň alkoholová konzumace umožňuje sublimaci homosexuality sama o sobě, což se podkládá faktem, že známé televizní reklamy na alkohol mají v sobě nevědomý homoerotický nádech („chlapi sobě“, „i muži mají své dny“, „pivní tábor“ atd.) (Zahradník, 2007).

Post-freudovské období (tzv. ego-psychologické) přináší také několik svých teorií na vznik závislostí. Jednou z hlavních myšlenek je, že závislost je závažná porucha objektních vztahů. Představitel této myšlenky Henry Krystal se domnívá, že závislý vykazuje k droze symbolický vztah jako k postavě matky. Jiný představitel ego-psychologie Edward J. Khantzian poukazuje na to, že závislé osoby v Egu, především pak v péči o sebe, seberegulaci a sebeúcty. Tyto deficity pak závislý kompenzuje v drogách. A Khantzian předpokládá, že i podle hlavního deficitu si závislý hledá „svou drogu“, člověk na opiátech tlumí především svou agresi, naopak na stimulancích překrývá své depresivní sklony (Kalina, 2013).

2.3 BEHAVIORÁLNÍ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Třetí odlišný pohled na vznik závislosti přinášejí behavioristé. Chování závislého vnímají jako naučený vzorec, který je možno i odnaučit. Závislost je tedy naučená reakce či chování, které vzniká na základě odměňujícího efektu návykové látky a jejích anxiolytických (mírnící úzkost) a tenzoredukčních (mírnící napětí) vlastností. Tím pak dochází k posilování

závislostního chování a prohlubování závislosti. I přední český terapeut dr. Jaroslav Skála vnímal alkoholismus jako naučený způsob reagování na stresové a konfliktní situace (Staňková, 2014). Závislost tedy vzniká tzv. operantním podmiňováním (tento termín zavedl B.F. Skinner), při kterém se posiluje takové chování, které je nám příjemné či žádoucí (Hartl, Hartlová, 2004). V případě závislosti je to chování, které vede např. ke snížení tenze či zlepšení nálady. Droga se pak používá k opakovanému vyvolávání slasti či k zintenzivnění smyslových zážitků. Často se také setkáme s klienty, kteří se tzv. sami medikují, používají drogu naopak jako „lék“ na zbavení se nepříjemného stavu. Odstraňují tím bolest, řeší psychosociální krize, či se vyrovnávají s traumatickým zážitkem (Frouzová, 2003). Někteří behavioristé také vysvětlují závislost pomocí klasického podmiňování a argumentují tím, že některé studie prokazují, že jen pohled na injekční jehlu zmírňuje odvykací stav u uživatelů heroinu (Comer, 1998).

2.4 BIOLOGICKÁ TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Posledním pohledem na vznik závislosti je biologická teorie vzniku závislosti, nebo také tzv. neurobiologické mechanismy vzniku závislosti. Jednou větví této teorie je vliv genetiky na vznik závislosti. S ohledem na studie dvojčat lze předpokládat, že geny ovlivňují vznik závislosti ze 40 až 60 % (Šerý, 2007). Dá se tedy vyvozovat, že genetická predispozice a vliv prostředí přispívají ke vzniku závislosti přibližně stejnou měrou. Adoptní studie, kdy se dlouhodobě sledují děti - sourozenci, kteří jsou umístěni do dětských domovů a následně adoptováni do nových rodin odděleně, přinášejí další zajímavá data. Cloninger, který zkoumal 862 švédských mužů adoptovaných před dosažením třetího roku věku došel k závěru, že se alkoholismus dělí na dva typy. Alkoholismus typu I je pouze mírně dědičný a propuká až v pozdějším věku (po 25. roku života) a objevují se zde pocity viny z pití a ztrátou kontroly. Naopak alkoholismus typu II je vysoce dědičný, objevuje se časně (do 25. roku života), jedinec není schopen nepít a při konzumaci alkoholu je často brachiálně agresivní. Dalším zajímavým faktem, který vyplynul z těchto adoptních studií, je to, že biologická podmíněnost závislosti je pohlavně určená – alkoholismus je přenášen z matek na dcery a z otců na syny (Šerý, 2007). Vědci se samozřejmě snaží nalézt jednotlivé geny, které by jasně označili za „problémové“. Je již jasné, že jeden hlavní gen se vědcům nepodaří nalézt, protože se jedná o tzv. genový polymorfismus a závislost ovlivňuje více kandidátních genů (Šerý et al., 2009). V historii se mnoho vědců zaměřilo na gen pro dopaminový D2 receptor, který hraje důležitou roli v systému odměn a také bylo potvrzeno, že produkce dopaminu se zvyšuje při aplikaci drog (Váchová et al., 2009). Mnoho dalších studií ale tento vliv neprokázalo, v jiných laboratořích se abnormalita genu pro dopaminový D2 receptor nepodařila znovu potvrdit, a tak se v poslední době od této teorie upouští. V dnešní době se zdá, že dispozice k závislosti se vytvářejí již v období vývoje CNS a jedná se tedy spíše o neurovývojovou poruchu (Šerý et al., 2009). Druhou větví biologické teorie vzniku závislosti je ovlivnění neurotransmiterů drogami. Různé látky snižují chronicky hladiny neurotransmiterů v mozku, především pak

dopaminu, GABA a endorfinů. A závislí potřebují tedy drogu k tomu, aby si opět zvýšili hladinu neurotransmiterů v mozku. Díky tomu pak závislí bez své drogy pociťují odvykací stav a zvyšuje se jejich tolerance k látce (Comer, 1998). Tímto mechanismem se dá vysvětlit setrvávání u drogy, ale ne vznik závislosti jako takové. S možnou odpovědí přišel Blum s kolegy, kdy pojmenoval tzv. Syndrom narušení závislosti na odměně. Ten se vyznačuje určitou formou deprivace libostních mozkových mechanismů. U závislých pak tato centra odměn nejsou správně a dostatečně aktivována běžnými životními událostmi (radost z pohybu, ze setkání s blízkými osobami apod.), a proto vyhledávají drogy, které tato centra umí dostatečně stimulovat (Höschl, 1996).

A přestože každý jednotlivý pohled (sociokulturní, psychodynamický, behaviorální a biologický) sám o sobě dostatečně vysvětluje vznik závislosti, vědci a odborníci jsou v této době přesvědčeni, že jen kombinace výše zmíněného vede k rozvoji závislosti na návykových látkách.

3. DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH – OSVĚDČENÉ POSTUPY I NOVINKY

V České republice se k diagnostice závislosti používá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Tato klasifikace se průběžně aktualizuje, nová, více převratná revize MKN-11 se plánuje až na rok 2018 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). K často kritizovaným nedostatkům se MKN-10 zaměřuje jen na látkové závislosti a patologické hráčství patří mezi nutkavé a impulzivní poruchy. Ne tak ale v novém vydání amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), který byl oficiálně uveden v květnu 2013. Obsáhlá kapitola „Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí“ byla rozšířena o kapitolu patologické hráčství jako behaviorální závislost (Raboch et al., DSM 5). Přes diskuze, zda mezi behaviorální závislosti nezařadit i jiné kategorie jako například závislost na cvičení, sexu či nakupování, zůstalo patologické hráčství jedinou behaviorální nelátkovou závislostí v novém vydání DSM 5 (Martinove, 2015). Další velká změna je viditelná v kritériích a terminologii – zrušila se kategorie abúzus a závislost je vnímána jako spojitě kontinuum s různým stupněm závažnosti, slovo závislost je ale oficiálně vynechané. Závažnost poruchy se stanovuje na základě počtu potvrzených znaků.

Mezi 11 kritérií „závislosti“ patří:

- uživatel bere větší množství látky či ji bere po delší dobu, než měl původně v úmyslu
- uživatel má zájem snížit dávky či regulovat užívání a uvádí několik neúspěšných pokusů
- uživatel tráví velkou část času snahou o získání látky, užíváním či zotavováním z účinků látky
- uživatel zažívá bažení (craving)
- uživatel selhává v povinnostech v práci, ve škole či doma
- uživatel pokračuje v užívání látek i přesto, že se díky tomu objevují sociální a interpersonální problémy
- sociální, profesní nebo rekreační aktivity nejsou provozovány, či výrazně omezeny kvůli užívání látky
- uživatel opakovaně užívá látku v situacích, kde hrozí fyzické nebezpečí
- uživatel pokračuje v užívání látky i přesto, že přetrvávají různé tělesné či psychické problémy
- u uživatele se objevuje tolerance – je potřeba výrazně zvýšit dávku, aby uživatel dosáhl požadovaného účinku
- u uživatele se objevuje odvykací stav

Pokud klient vykazuje 2-3 znaky, jedná se o mírnou poruchu, 4-5 střední poruchu a 6 a více znaků znamená již závažný stupeň poruchy (Raboch et al., 2015). Zajímavé je, že v předcházející verzi DSM-IV nebylo bažení (craving) jako kritérium závislosti. Oproti DSM-IV byla zrušena kategorie závislosti na kofeinu, protože se ve studiích nepotvrdily závažné

důsledky užívání kofeinu, ale zůstala kofeinová intoxikace a abstinenční syndrom u kofeinu. Další „nezvyklou“ kategorií pro evropské zdravotníky je fakt, že poruchy související s užíváním tabáku jsou na stejné úrovni jako jiné poruchy spojené s užíváním návykových látek (Martinove, 2015). Kromě syndromu z odnětí kofeinu, je nově zařazen i syndrom z odnětí kanabisu. Ten se objevuje u každodenního (či téměř každodenního) užívání kanabisu a projevuje se i po několik měsíců trvajících symptomy jako podrážděností, poruchami spánku, úzkostí, agresivitou, depresivní náladou, ale i fyziologickými projevy jako je bolení břicha, třes, pocení, horečka a bolest hlavy (Raboch, 2015).

Je pravděpodobné, že něco z novinek z amerického manuálu se objeví i v aktualizované verzi MKN. Pro české prostředí jsou ale závazné znaky závislosti dle MKN-10:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku, nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je zapotřebí snažit se určit, zda klient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

K jasnému potvrzení závislosti na alkoholu nám může posloužit dotazník závislosti, který obsahuje 6 otázek, a pokud klient získá za odpovědi „často“ a „někdy“ 3 až 6 bodů, pravděpodobně se jedná o závislost (Nešpor, 2011). Otázky zní:

1. Cítili jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol? Ne – Někdy – Často
2. Nedokázali jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pili jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypili víc, než jste původně chtěli?) Často – Někdy – Ne
3. Měli jste tělesné odvykací potíže po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)? Ne- Někdy – Často
4. Zvyšovali jste dávku alkoholu, abyste dosáhli účinku, původně vyvolaného nižší dávkou? Často – Někdy – Ne
5. Zanedbávali jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřebovali víc času k získání a k pití alkoholu nebo k zotavení se z účinku alkoholu? Ne – Někdy – Často

6. Pokračovali jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděli? Často –
Někdy – Ne

Tento krátký dotazník nenásilnou formou vlastně kopíruje kritéria MKN-10 pro běžnou rozmluvu s klientem s podezřením na závislost na alkoholu.

Jiří Profous v knize Pavučina závislosti (2011) nabízí neotřelý pohled na varovné příznaky, které se objevují u závislých, a kterých si můžeme všimnout (a často také nevědomky všímáme) v běžném životě. Podle něj je to člověk, u kterého na první pohled můžeme vidět uslzené zarudlé oči, zarudlý nos. Často má po těle hematomy (modřiny), u kterých klient není schopen říci jejich původ. Z dechu cítíme opakovaně alkohol, velmi často žvýká, používá ústní vodu a parfém. Zároveň ale jeho chrup je zanedbaný, stejně jako jeho zevnějšek. Někdy se u závislého objevuje snaha zamaskovat stopy degradace tím, že se obléká značkově, ale téměř vždy je jeho snaha neúspěšná – nacházíme skvrny od jídla, polité fleky atd. Při podání ruky často zaznamenáme zvýšenou potivost a třes rukou. V chování je buď podrážděný a výbušný, nebo naopak lítostivý a ukřivděný. Velmi záhy slýcháváme při úvodním pohovoru stížnosti na celý svět. Na otázku abúzu je zvlášť precitlivělý, projevuje se u něj snaha o bagatelizaci či racionalizaci, anamnestické údaje jsou velmi mlhavé a po celou dobu se závislý snaží vzbudit dobrý dojem. Při pohovoru často zjišťujeme rodinné a partnerské konflikty, selhávání dětí ve škole. Závislý často ztrácí zaměstnání, dává zbrklé výpovědi a všímáme si propadů do nekvalifikované práce u vzdělaných klientů. Často v zaměstnání absentuje, utíká do nemoci, není výjimkou, že vytváří tlak na lékaře na poskytnutí pracovní neschopnosti i zpětně. Více se u těchto klientů objevuje zadržení řidičského průkazu, přestupková a soudní řízení a pobyty na záchytné stanici. Všechny tyto symptomy jako izolované jednotky samozřejmě k důkladné diagnostice nestačí, ale jsou to varovné příznaky, které musíme mít na paměti, když klienta vidíme poprvé a přichází k nám zcela z jiných důvodů, ať už jsou to úzkosti, poruchy spánku, suicidální myšlenky či poruchy s potenci.

4. ÚSTAVNÍ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE

Pokud klient nezvládá stav po odnětí drogy vlastními silami ani s pomocí ambulantního zařízení, je hospitalizace nezbytná (Heller a Pecinovská, 2011). Ústavní léčba vždy představuje dlouhodobý pobyt, protože nejkratší smysluplná doba terapie je 4-6 týdnů. To je doba, kterou tělo potřebuje k detoxifikaci – odstranění drogy z těla (detoxikace) a následků způsobených drogou v organismu. Je to jakási forma první pomoci i u chronických pacientů. Tato forma patří do krátkodobé ústavní léčby. Klientovi je ve většině případech nabízena i střednědobá ústavní léčba v trvání nejčastěji od 3 do 6 měsíců. Zde pak klient zažívá komplexní léčebný program.

4.1 OBECNÉ INFORMACE O ÚSTAVNÍ LÉČBĚ

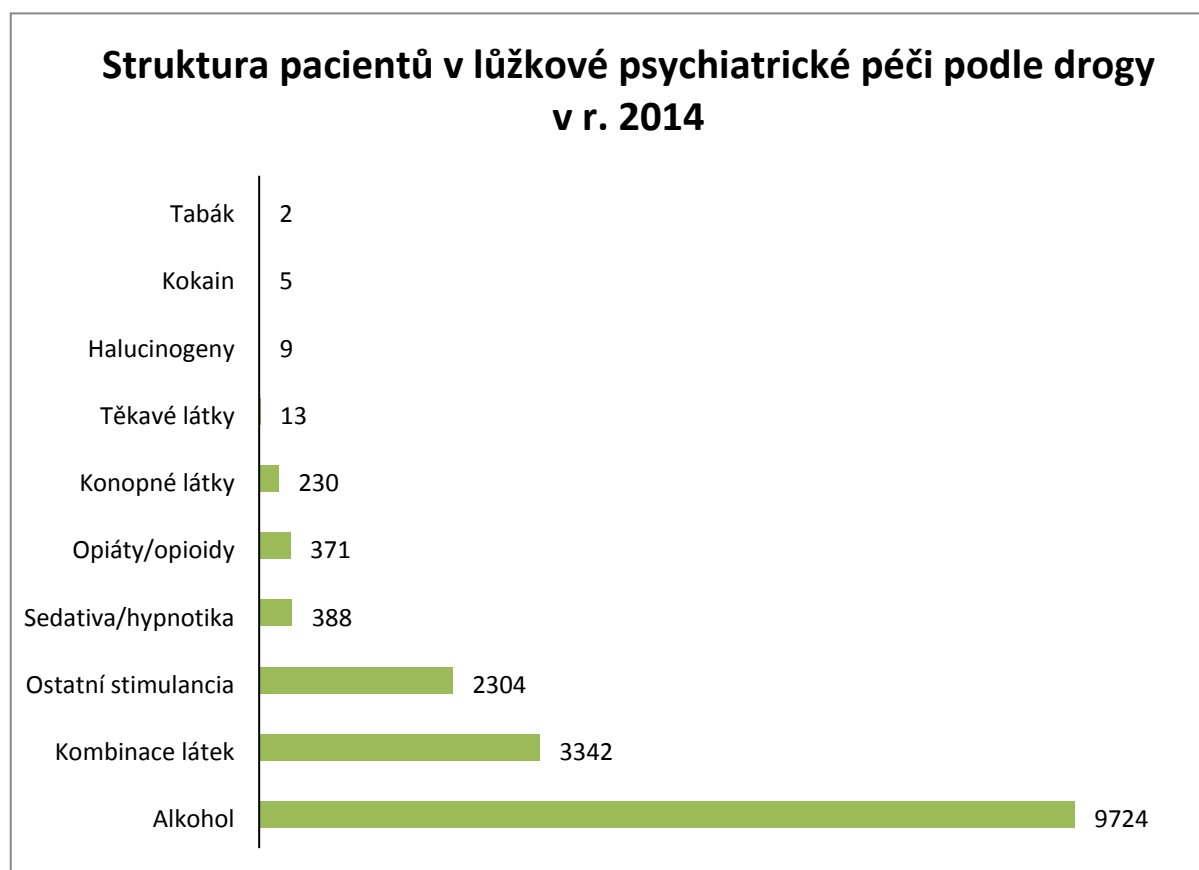
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti každý rok pečlivě sbírá, analyzuje, interpretuje a distribuuje data o drogách a závislostech na území České republiky. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2014 přináší zajímavá fakta a čísla. Podle Sčítání adiktologických služeb bylo v České republice v roce 2014 271 zařízení poskytujících adiktologické služby. Téměř 40 % zařízení se považovalo za adiktologická, 34 % jako sociální a 17 % jako psychiatrická zdravotní služba. Rezidenční péči poskytuje 58 zařízení (21,4 %), z toho je 31 zdravotnických. Počet psychiatrických lůžkových zařízení se v r. 2014 nezměnil – 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních. Počet lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic se snížil. Celkový počet psychiatrických lůžek pro dospělé je v České republice 9922. Aby se nastavila jistá úroveň poskytování služeb, zavedl se od roku 2006 tzv. Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. U krátkodobé a střednědobé ústavní léčby narůstá počet certifikovaných programů, v letech 2011 až 2013 se jednalo jen o 2 zařízení, v roce 2014 bylo 5 certifikovaných zařízení a v roce 2015 bylo celkem 6 certifikovaných programů. Dalším parametrem, který se pravidelně eviduje, je vedení poradníku do léčby. Mezi pobytovými službami vedlo poradník celkem 78 % zařízení, s průměrnou čekací dobou 29 dní, maximální čekací lhůta je jeden rok (pouze u jednoho zařízení) (Mravčík et al., 2015).

Dále se ve zprávě Mravčíka a kolektivu z roku 2015 dozvídáme více o složení klientů v ústavní léčbě závislostí. Přibližně dvě třetiny klientů tvoří muži, ženy se více objevují ve stacionářích (cca polovina). V ambulancích a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie tvoří většinu uživatelé alkoholu, ale také mnoho uživatelů jiných látek (nejvíce pak pervitinu, dále pak opiátů/opioidů, polyvalentních uživatelů či uživatelů sedativ a hypnotik). Závislých na pervitinu je nejvíce (cca 70% žadatelů, kteří nemají závislost na alkoholu) a jejich počet

každým rokem vzrůstá, naopak viditelně ubývá závislých na opiátech/opioidech, zejména heroinu, naopak počet uživatelů buprenorfinu (Subutexu) mírně roste.

Prvožadatelé tvoří přibližně polovinu všech klientů již dlouhodobě v posledních letech. Věkové rozložení klientů se mění, uživatelé drog obecně stárnou, nejstarší jsou závislí klienti na opiátech/opioidech (33–34 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (24 let). V r. 2014 bylo zaznamenáno 16 388 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9 724 (59 %) pro alkohol, 6 664 (41 %) pro nealkoholové drogy. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací proběhly v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog byla nejčastější kombinace návykových látek (20 %), dále užívání stimulantů kromě kokainu (14 %), sedativa a hypnotika a opiátů/opioidů (obě 2 %) – viz graf č. 1.

Graf č. 1 Struktura počtů pacientů v lůžkové psychiatrické péči dle drogy v roce 2014



Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014.

4.2 PRŮBĚH STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBY

V České republice se definuje střednědobá ústavní léčba ta, která probíhá v délce 3 – 6 měsíců (Dvořáček, 2003). Léčba kratší 3 měsíců se většinou nazývá krátkodobá či prodloužená detoxifikace. Cílovou populaci tvoří osoby starší 15 let, problémoví uživatelé všech návykových látek včetně gamblingu. Do léčby většinou klienti vstupují dobrovolně po proběhlé detoxifikaci. V zařízení se někdy také nacházejí klienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou (Těmínová Richerová, 2008). Aby tato léčba dosáhla akreditačních standardů, musí splňovat některá pravidla, především pak multidisciplinárnost týmu, nepřetržité zabezpečení provozu, řízení specialistou na psychiatrii či oblast návykových nemocí, stanovení a pravidelné zhodnocování individuálního léčebného plánu, vytvoření plánu následné péče, hodnocení efektivity a další. Kladen je důraz na rozmanitost personálu, kde je kromě lékařů a středních zdravotnických pracovníků a psychologů také místo pro erudované psychoterapeuty, sociální pracovníky, pracovní terapeuty a další. Nedílnou součástí je i pravidelná supervize týmu v rámci oddělení, popř. i většího primariátu.

Dle akreditačních požadavků musí být zajištěno minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit týdně do minimálně 5 dnů. Program oddělení je koncipován jako terapeutická komunita, i v přísnějších zdravotnických podmínkách se hodně klade důraz na důležitost vytvoření léčebného společenství. To sestává buď z cca 20-30 mužů či žen, jsou ale i oddělení, která jsou koedukována (ženy a muži v jednom společenství). Komplexní léčebný program nabízí především jasnou strukturu a řád. Tato struktura je rozdělena několika různými časovými údaji. Jednak jsou to 4 hlavní fáze celé léčby. 1. fáze, která trvá 1 až 3 týdny, se nazývá detoxifikace. Jedná se o celkovou stabilizaci klienta, seznámení se s prostředím, počátky budování terapeutického vztahu a motivace k setrvání v celé léčbě. 2. fáze trvá cca 1 měsíc a v ní dochází k adaptaci na zařízení. V této fázi se terapeutický vztah již prohlubuje, klient si začíná uvědomovat hranice a strukturu programu a režimu. Seznamuje se s jasným řádem oddělení, navazuje bližší kontakty se spoluklienty, začíná si budovat pevnější náhled. 3. fáze trvá asi 2 až 3 měsíce a v této fázi je klient v tzv. aktivní léčbě. Spolupracuje v individuální i skupinové terapii, participuje na chodu léčebného společenství. Často zastává nějakou odpovědnou funkci, zároveň již pomáhá nově příchozím v adaptaci a je již připraven na první kontakty s vnějším prostředím – ať již ve formě propustek, či rodinné a párové terapie. Upevňuje si svůj náhled a motivaci k abstinenci. 4. závěrečná fáze, která trvá přibližně 1 měsíc je přípravná na návrat do původního prostředí. Klient si zajišťuje podmínky po návratu z léčby, včetně ubytování, zaměstnání a doléčovacího programu. Zde jsou většinou propustky již velmi intenzivní, pobyt někdy téměř připomíná paradoxní stacionář (přes den je klient ve svém původním prostředí, na oddělení přichází večer na přespání a na reflexe s terapeutickým týmem) (Dvořáček, 2008).

Jiné rozdělení režimu oddělení pak klient vnímá v rámci dne a týdne, kdy se pravidelně opakují stále tytéž aktivity a úkony tak, aby se do života závislého navrátil pevný řád a struktura. Neoddělitelnou součástí takového pobytu je dodržování pravidel zařízení a

hodnocení klienta, nejčastěji tzv. bodovacím systémem. Podle průzkumu publikovaném v knize Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii (Kalina, 2013) je vidět, že bodovací systém je pevně zakotvený v ústavní léčbě v České republice a je mu přisuzován velký terapeutický význam. Mezi hlavní cíle tohoto systému je posilovat žádoucí a oslabovat nežádoucí chování, poskytovat klientovi jakousi jednoduchou zpětnou vazbu, rozpoznat tzv. pobyty účelové, motivovat klienta k přijímání zodpovědnosti za skupinu a udržet spořádané prostředí. V běžné praxi jsou ale bodovací systémy často velmi komplikované, až nečitelné, snaha o zjednodušení buď není, nebo naráží na nepochopení zejm. středního zdravotnického personálu, který má potřebu mít „návod na vše“. Zajímavé je, že je mnoho různých druhů přestupků a sankcí, ale odměny nejsou téměř žádné. Ve své vlastní praxi jsem se mnohdy setkal s tresty a sankcemi, které byly natolik „tvrdé“, že se i vcelku dobře motivovaný klient rozhodl předčasně ukončit léčbu (šlo především o zamítnutí propustky, vycházek, telefonátu či návštěv). Přestože tento systém má bezesporu spoustu výhod a kladů, navrácí klientům do života řád a strukturu a má jistě i význam etický, někdy bohužel klienty dokáže výrazně demotivovat, ohrožovat terapeutický vztah, a tak zcela ztrácet svůj terapeutický efekt. Je také dobré zmínit, že dosud nebylo provedeno ověření účinnosti takového systému, a tak nelze tuto metodu považovat za psychoterapeutickou metodu založenou na důkazech (z angl. sousloví evidence-based method).

Základní složky komplexního léčebného programu jsou detoxifikace a psychoterapie včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie (Heller, Pecinová, 2011). Základními aktivitami jsou psychoterapeutické skupiny, které probíhají minimálně 3x týdně a komunitní sezení, která jsou zpravidla každodenní. K tomu klienti ve většině případech vypracovávají každý den deníkové zápisy. Klienti mají také možnost využívat individuální terapie, popř. párové či rodinné. Tyto formy jsou ale spíše doplňkovou službou pro většinu klientů. K dalším základním stavebním kamenům léčebného plánu patří pracovní terapie. Po dobu své praxe zaznamenávám výrazný úbytek pracovní terapie, která by vedla k přímému udržování pořádku na oddělení. Klienti již povětšinou nesmí uklízet společné prostory, podílet se na vaření, opravách na oddělení a podobně. Část pracovní terapie je přesunuta na udržování nemocničního areálu, na pomoc při různých akcích, či pak přímo v terapeutických dílnách, ať už jsou to dřevařské, košíkářské, keramické a jiné. Další částí programu jsou volnočasové aktivity, u kterých je kladen důraz na trávení společného času a socializaci. Podporovány jsou tedy týmové sporty (vnitřní i venkovní), hraní deskových her a podobně. Nedílnou součástí programu jsou vzdělávací programy, včetně přednášek z oblasti terapie a medicíny, ale také jako tzv. samořídící programy, kde si sami klienti připraví přednášku pro ostatní z oblasti, které rozumějí. Poslední z důležitých částí léčebného programu jsou návštěvy blízkých a propustky klientů do původního prostředí.

4.3 VÝSLEDKY ÚSTAVNÍ LÉČBY A VYHLÍDKY DO BUDOUCNA

Úspěšnost ústavní střednědobé léčby závislostí není nijak systematicky hodnocena, ale můžeme se opírat o dílčí data z některých léčeben, které své výsledky publikovaly. Například studie Hosáka a kol. (2005) sledovala 41 závislých na metadonu rok po léčbě a z tohoto vzorku abstinovalo 39 % klientů. Toto celkem vysoké číslo koresponduje s dalšími výsledky studií. Ať už je to studie Csémyho a kol. u drogově závislých žen, kdy abstinence po roce dosáhla 42,4 % ze souboru 67 klientek (Hosák et. al, 2005), nebo jsou to výsledky rozsáhlé studie Tibenské a kol. (2008), do které bylo zařazeno 309 klientů. Většinu z nich tvořili muži (71 %), převažovali závislí na alkoholu (téměř 62 %), téměř 74 % klientů dokončilo léčbu řádně. Návratnost dotazníků klesala od 70 % po půl roce od ukončení léčby, až po 45,7 % po dvou letech od ukončení léčby. Výzkumníci jednak brali v potaz vlastní navrácení dotazníků s vyjádřením klientů, že abstinují, ale také si ověřovali výsledky objektivně, a tak s jistotou abstinovalo 46,4 % klientů po půl roce, 39 % po roce a 30,5 % po dvou letech sledování. Tato čísla se opět shodují s jinými obdobnými studiemi v České republice.

Střednědobá ústavní léčba závislostí v psychiatrických nemocnicích, jak ji známe z České republiky, není ve světě příliš známá. Například léčba závislosti na alkoholu ve Velké Británii dříve probíhala také především hospitalizací, ale jen na dobu 6 až 8 týdnů, s důrazem na skupinovou terapii. V posledních letech se ale léčba více přesunula do docházkové formy, která nabízí i velmi krátké hospitalizace či formu denních stacionářů. Mezi silné stránky těchto služeb patří především jejich flexibilita, nabídka širší palety služeb a přístupů, včetně behaviorální terapie, manželské a rodinné terapie, ale také samozřejmě skupinová a individuální terapie (Johnstone et al., 2010). I v České republice je v posledních letech snaha o reformu psychiatrické péče, která by více fungovala na komunitní úrovni. V Akčním plánu č. 3: Duševní zdraví Ministerstva zdravotnictví (2015) je poukázáno na fakt, že léčení závislých je zpravidla koncentrováno do psychiatrických nemocnic, není zde dostatečná podpora komunitních center a současný systém ambulantních služeb je nedostatečný. V návrhu pak jasně zaznívá potřeba obnovení sítě ordinací specializovaných pro léčbu závislostí. A tak je snad reálné se domnívat, že reforma psychiatrické péče i v problematice léčby závislostí přinese posun od ústavní léčby směrem ke komunitní a specializované ambulantní péči.

5. ŘÁDNÉ DOKONČENÍ LÉČBY

Řádné dokončení léčby se spojuje s abstinencí, s nižší kriminální činností, s méně relapsy a s vyšší mírou zaměstnanosti (Brorson et al., 2013). Řádné dokončení léčby znamená, že klient prošel všemi stádii léčby, tak jak bylo popsáno v kapitole „Průběh střednědobé ústavní léčby“, tedy že klient prošel fázemi od vyčištění těla od škodlivých látek (detoxifikace), přes vytváření terapeutického vztahu a náhledu, až po přípravné kroky na život ve svém původním prostředí. Cílem terapeutického týmu je zvědomovat klientovi proces jeho léčby, motivovat ho k řádnému dokončení léčby a dovést ho až do tzv. závěrečného rituálu loučení (či v jiných zařízeních nazývaný jako ukončovací rituál). Kalina (2008) vnímá tento rituál jako prvek, který poskytuje společenství i jedinci, který řádně dokončil léčbu, silný a možná nejintenzivnější zážitek. Mohou se vyskytovat dva typy ukončovacích rituálů. První z nich pracuje se symbolikou smrti a znovuzrození (zaniká mé staré Já a rodí se mé nové Já), druhý typ pracuje s uvedením do nového života. Tento rituál je pro jedince velice důležitým okamžikem, kdy zdůrazňujeme vykročení do reálného života a zároveň oslavujeme a potvrzujeme důležitost toho, že klient léčbu dokončil a že se mu něco významného v životě podařilo (což může klient zažívat poprvé v životě). Při tomto rituálu často také klienti pracují s rituálními předměty, jako například svíce a svícný, symboly čtyř živlů a kruh (Černá, 2011). V některých zařízeních dostávají klienti i symbol abstinence, který mohou nosit stále při sobě. Jedním z nich je například ametyst, který se považuje za symbol střízlivosti již od starověku (Nešpor et al., 2008).

Výzkumníci se snaží identifikovat protektivní faktory, které závislé klienty udržují v léčbě. Znalost těchto faktorů by pak terapeutickému týmu umožňovala se na ně zaměřit, u každého klienta například sestavit jakýsi individuální plán, který by stavěl na jeho vlastních protektivních faktorech a personál by tyto faktory podporoval a posilňoval. Bohužel realita je taková, že výzkumy se v identifikaci protektivních faktorů různí, v některých studiích jdou dokonce proti sobě. V této kapitole tedy nastíním jen některé závěry z proběhlých studií jako taková vodítka pro lepší orientaci.

Mezi takzvané protektivní faktory, které vedou klienta k udržení léčbě se opakovaně ve více studiích objevuje: menší problémy vyvstávající z užívání drog a alkoholu a příznivější pracovní status. V dalších studiích se také často objevuje větší sociální podpora (či sociální stabilita) jako prediktor lepších výsledků (Munguia, 2005).

Protektivní faktory se zdají být hodně vázané na pohlaví. Ve studii Copelanda a Halla (1992) se porovnávaly dvě skupiny žen (160 klientek v každé), jedna část odešla do 5 dnů od přijetí, druhá zůstala i po 5 dnech. Ty, co zůstaly, byly spíše zaměstnané, prošly si sexuálním napadením (zejména v dospělosti), alkohol byla jejich hlavní droga, nebyly vdané, starší 25 let. Také lesby, ženy s historií sexuálního napadení v dětství a ty, které měly doma děti závislé na jejich péči, méně vypadávaly z léčby. Vázanost na pohlaví potvrzuje i další studie (Mertens, Weisner, 2000), kde jediným společným znakem, který udržuje klienty obou pohlaví v léčbě

je menší a méně závažný problém s drogami. U žen jsou pak protektivní faktory vyšší příjem, jiná etnicita než africká Američanka, nezaměstnaná (oproti předchozí studii), vdaná (oproti předchozí studii), méně psychiatricky nemocná. U mužů pak vyšší věk, návrh od zaměstnavatele, aby se přihlásil do léčby a mající abstinenci cíle (chtít zcela abstinentovat po léčbě). V jiných studiích se mezi protektivní faktory na straně klienta-muže řadil vyšší věk, vyšší vzdělání a delší užívání návykové látky (Munguia, 2005; Wickizer et al., 1994).

Častěji se ve studiích objevuje, že ženy mají vyšší procento vypadnutí z léčby, ale tyto údaje nejsou jednoznačné. Grella (1999) ve své studii poukazuje na fakt, že ženy, které jsou v léčbě zařízené jen pro ženy mají vyšší úspěšnost dokončení, než když jsou ženy v programech dohromady s muži.

Jedním z dalších hojně diskutovatelných protektivních faktorů pro udržení se v léčbě, který se objevuje ve studiích u žen i u mužů, je sociální podpora, či podpora rodiny a blízkých jedinců klienta. Zahraniční studie opakovaně potvrzují, že podpora rodiny (rodinná koheze, malá konfliktnost a vyjadřování citového zaujetí) je důležitým faktorem v abstinenci (Dobkin et al., 2001; Ghouchani et al., 2014). Co je přesně sociální podpora, se ve studiích různí, ale dá se typicky rozdělit na 3 druhy podpory: informační (rady a odborné vedení), emocionální (včetně povzbuzování) a konkrétní (hmatatelná pomoc a asistence). Pro udržení se v léčbě byly nejdůležitější složky emocionální a informační podpory (Ghouchani et al., 2014). Samozřejmě i sociální podpora od blízkých nemusí být vždy účinná a povzbudivá, např. pokud v informační podpoře klient slýchá především kritiku, přináší to pro klienty více stresu a snižuje to možnost údravy (Tracy et al., 2010).

Z výzkumů jasně vyplývá, že rodina není důležitá jen pro klienta po léčbě, ale především je klíčovou složkou pro přivedení klienta do léčby, respektive udržení klienta v léčbě po celou vymezenou dobu – vedle zákonné moci – je rodina nejúčinnější metodou zapojení klienta do léčby (Stanton, 1997). Jiné studie ukazují, že procento vypadnutí z léčby se snižuje, pokud je rodina zapojena do programu klienta v ústavní léčbě – ve srovnání se skupinovou psychoterapií a rodinnou psychoedukací (Stanton, 1997). I v bakalářské práci Věry Křenkové (2011), která se zaměřila zcela jen na patologické hráče, jasně vyplývá, že jako protektivní faktor u gamblerů figuruje sociální podpora od osob významně blízkých, kterou klienti subjektivně vnímali. Zdá se, že rodina není důležitou motivací pro udržení abstinence, ale také pro přivedení klienta do léčby a pro jeho udržení se v léčbě. A podpora rodiny je léčivá, i když je jen subjektivně vnímaná klientem, a nebo naopak, když je rodina vtažena do programu klienta a aktivně se účastní párové a rodinné terapie.

Jednou z posledních zkoumaných oblastí je také druh poskytované léčby jako protektivní faktor. Pro klinickou praxi by bylo jistě přínosné vědět, který typ léčby (ambulantní, stacionární, ústavní apod.) nejvíce eliminuje riziko předčasného vypadnutí z léčby. Ale jak se zdá, zrovna v tomto parametru se studie nejvíce různí. Ve studii Wickizera a kolektivu (1994) bylo signifikantně prokázáno, že procento řádného dokončení léčby je nejvyšší u intenzivní lůžkové protialkoholní léčby (75 %) a nejnižší u docházkových drogových programů (18 %). Ale sami autoři přiznávají, že takto zjednodušeně tato čísla nedávají smysl a je nutné se dále

zaobírat skladbou jednotlivých programů. Je také snazší opustit docházkový program jen tím, že se člověk na nějakém programu neukáže, než opravdu fyzicky opustit nemocnici. V této studii také většina docházkových programů byla hrazena alespoň částečně z financí samotného klienta, což jistě hrálo velkou roli. Jiné studie toto tvrzení nepotvrdily, a naopak standardní docházkový program byl nejméně rizikový, co se týče předčasného vypadnutí z léčby v jiné studii (O'Dea, 2011).

Jak se zdá, přesně definovat protektivní faktory, které vedou klienta k řádnému dokončení léčby, nelze jednoznačně určit. Je ale dobré mít na paměti, které to mohou být a posilovat jejich vědomí u klienta v léčbě. Níže přikládám tabulku s možnými protektivními faktory u žen i mužů, která mohou posloužit jako vodítko při promýšlení strategie v léčbě závislostí.

Tabulka č. 1 Nejčastější protektivní faktory pro udržení se v léčbě pro muže a ženy

Muži	Ženy
menší problémy s drogami	menší problémy s drogami
sociální podpora blízkých	sociální podpora blízkých
vyšší věk	méně psychiatricky nemocná
vyšší vzdělání	alkohol jako hlavní droga
motivace k abstinenci	vyšší příjem
delší užívání látky	zařízení jen pro ženy

Zdroj: Ghouchani et al., 2014; Grella, 1999; Mertens, Weisner, 2000; Munguia, 2005; Wickizer et al., 1994

6. PŘEDČASNÉ UKONČENÍ LÉČBY

Odchod klienta před řádným dokončením léčby (anglicky “drop out” či “drop-out”) je v České republice ale i ve světě častým jevem. Přesná čísla nejsou úplně známá, také se liší podle druhu léčebného programu, zařízení atd. Podle zahraniční literatury se vypadnutí z léčby pohybuje od 17% až do 80% dle různých zdrojů (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012; Stevens et al., 2013). Vyšší procento předčasného odchodu z léčby se uvádí u zařízení na principu denních stacionářů, kde procento vypadnutí z léčby neklesá pod 50% (Kalina, 2003) Ball et al., 2006; Fernandez-Montalvo, López-Goñi, 2010), ale jak bylo v předchozí kapitole nastíněno, i toto tvrzení nemusí být zcela jednoznačné. V České republice se plošně tyto statistiky neevidují, ale dle dílčích sledování je předčasné ukončení léčby méně časté, nejvyšší čísla se pohybují pod 40% (Kalina, 2003).

Kalina ve své publikaci *Terapeutická komunita* (2008) rozděluje vypadnutí léčby na spontánní (klient odchází z léčby na vlastní žádost i přes snahu personálu) a indukované zařízení (při porušení pravidel). Naprostá většina odchodů podle zahraniční literatury patří do skupiny spontánních odchodů (více než 75%). V českých podmínkách nejsou známa přesná data, ale v české studii Tibenské a kolektivu (2008) nacházíme čísla předčasných odchodů z ústavní léčby: 20,7 % klientů bylo propuštěno disciplinárně, na vlastní žádost jen malá část (5,8 %) z celkového počtu 309 klientů.

Mezi další rozdělení předčasného ukončení léčby může patřit také rozlišení podle času. Rozděluje se na časně vypadnutí z léčby, které se ale používá především u léčby v terapeutické komunitě, kde je program stanoven na jeden rok a časně ukončení léčby se vnímá jako odchod v rámci prvních 3 měsíců od nástupu do léčby. V ústavní léčbě se tento fenomén pojmenovává jako syndrom prvního období. V některé literatuře se ještě rozlišuje tzv. časně vypadnutí, kdy objednaný klient vůbec nenastoupí do léčby, nebo odejde během 5 až 10 dnů – toto období je velice rizikové z pohledu vypadnutí z léčby (Kalina, 2003).

Předčasné ukončení léčby u klientů se závislostí má nepříznivý vliv na jejich dlouhodobou abstinenci. Uvádí se, že pravděpodobnost relapsu je u těchto klientů 60-90% (Kalina, 2003). Výzkumný tým Tibenské a kolektivu (2008) sledoval všechny klienty (z celkového počtu 309) po ukončení léčby a již po půl roce od konce léčby abstinovalo jen 25,6 % klientů, kteří opustili léčbu předčasně, oproti 54 % klientům, kteří léčbu řádně dokončili, což je vlastně více než dvojnásobek. Snad nejzajímavější je ještě fakt, že ti, kteří byli disciplinárně propuštěni, abstinovali v 31,3 %, ale ti, kteří opustili léčbu na vlastní žádost, abstinovali v pouhých 5,6 %.

V českých podmínkách nemocničního typu musí být takovýto odchod klienta z léčby proveden podáním negativního reverzu. Každý klient má ústavními zákony právo na odmítnutí zdravotní péče. Po poučení lékařem o svém zdravotním stavu a o vážnosti možného následného poškození zdraví, pokud opustí zdravotnické zařízení, může klient

odejít předčasně z léčby. Základními podmínkami negativního reverzu jsou: písemná forma, opakované poučení klienta v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví či dokonce ohrozit jeho život a způsobilost klienta k právně relevantnímu projevu vůle. V tomto dokumentu (negativním reverzu) musí být lékař vždy velmi konkrétní, jasně identifikovat problém klienta a popsat podrobně možné důsledky, které by klienta mohly postihnout po opuštění zařízení. Celý dokument by měl být napsán v jazyce, který bude zcela srozumitelný klientovi (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva). I tento krok je z hlediska snahy o udržení klienta v léčbě kruciólní, a pokud se provede empaticky směrem ke klientovi, stává se, že klient negativní reverz „stáhne“ a zůstává v léčbě.

Pro efektivní léčbu závislostí je klíčové, aby se počet předčasných ukončení léčby minimalizoval. Je několik strategií, které se dají kombinovat a mohou vést k vyššímu procentu klientů udržených v léčbě. Jednou ze strategií je se zaměřit na klienty, kteří vykazují rizikové faktory vypadnutí z léčby. Více se na ně zaměřit a pracovat s nimi individuálně. Druhou strategií je minimalizovat rizikové faktory na straně zdravotnického zařízení. Poslední strategií je se zaměřit na tzv. zadržovací strategie, tedy kroky, které může zdravotnické zařízení, vč. personálu, lékařů, terapeutů a adiktologů podniknout, než klienta definitivně propustí ze své léčby. Detailněji je o těchto faktorech rozepsáno v následujících kapitolách.

7. RIZIKOVÉ FAKTORY VYPADNUTÍ Z LÉČBY NA STRANĚ KLIENTA

„Vzdor je iluze, že se cítíme svobodní a nezávislí.“

(Heinz-Peter Röhr)

Výzkumníci se snaží identifikovat rizikové faktory na straně klienta, které mohou vést k předčasnému vypadnutí z léčby závislostí. Ale stejně jako je to u protektivních faktorů (viz kapitola „Řádné dokončení léčby“), i zde lze nalézt mnoho protichůdných výsledků v závěrech studiích.

Zahraniční studie se často shodují v těchto faktorech: nižší věk, nižší vzdělání, nezaměstnanost, příslušník minority, nižší socioekonomický status, historie spáchání trestního činu, kognitivní deficit, časnější začátek užívání drogy, závislost na více drogách, nižší motivace k léčbě, psychiatrická duální diagnóza, zejména disociální a hraniční porucha osobnosti (Ball et al., 2006; Brorson et al., 2013; McKellar et al., 2006; Meier, Barrowclough, 2009).

Studie také ukazují zvýšené riziko vypadnutí z léčby u klientů, kteří mají podmíněčný trest či byli v minulosti fyzicky či sexuálně zneužíváni (Claus, Kindleberg, 2002).

Jako možný rizikový faktor, který se vztahuje k blízkým vztahům klienta může být brán status nezadaný/á, nebo ti klienti, kteří nikdy nebyli ženatí či vdané (Armenian et al., 1999).

Rizikový faktor pohlaví nebyl jednoznačně prokázán, jsou studie, které poukazují na ženské pohlaví jako rizikové (Armenian et al., 1999), nebo naopak mužské pohlaví jako rizikové (Claus, Kindleberg, 2002) a nebo nevychází ani jedno pohlaví signifikantně rizikové (Ball et al., 2006).

Stejně tak rizikové faktory spojené s užíváním návykových látek nejsou jednoznačné. Kromě častého výskytu polydrogové závislosti a časného začátku užívání drog jako rizikový faktor, se objevuje i kratší historie užívání kokainu a alkoholu, ale délka užívání heroinu by neměla mít vliv (Armenian et al., 1999). Velká studie Gilchrista a kolektivu (2012) s 1228 klienty však poukazovala na to, že závislost na heroinu, jiných opiátech, psychostimulancích či na metadonové léčbě je již jasný rizikový faktor sám o sobě pro vypadnutí z léčby.

Na druhé straně motivace měřená sebesposuzujícími škálami a dotazníky nevypovídá nic o schopnosti dokončit řádně léčbu, stejně tak ani to, zda se jedná o první či již opakovanou léčbu (Claus, Kindleberg, 2002).

Mnoho studií, které se zabývaly rizikovými faktory na straně klienta, se zaměřovaly především na objektivní data z anamnéz, která se získávala až zpětně po odchodu klienta z léčby, a málo z nich přímo interagovala se samotnými klienty. Studie Balla a kolektivu (2006) jako jedna z mála vzala v potaz i subjektivní klientovy důvody k odchodu. 24 klientů

docházkového programu tvořilo tuto studii. Ze subjektivních důvodů to byla především ztráta motivace nebo naděje na změnu a téměř stejnou měrou to byly konflikty se zaměstnanci. Konflikty v terapii byly silně provázány s disociálními, narcistními a histrionskými rysy osobnosti. To se shoduje i s informacemi Kaliny (2003), kdy za nejdůležitější důvody vypadnutí stojí nejčastěji problémy s drogami, vztahové problémy (v zařízení i mimo něj) a celkový postoj k léčbě.

Vcelku překvapivé výsledky přinesla studie Deane a kol. (2012) z Australského rezidenčního programu Armády spásy. Ti se snažili zaměřit především na osobní prožitky a hodnoty. Překvapivě fakt, kdy klient uvedl, že odpustil sám sobě, byl výrazným rizikovým faktorem pro předčasné vypadnutí z léčby. A naopak to, jak klienti hodnotili, zda mají nebo nemají smysl života, nehrálo v délce léčby žádnou roli.

Rizikové faktory vypadnutí z léčby u gamblersů jsou méně prozkoumaným jevem. Studie týmu Leblond (2003), která se zabývala rizikovými faktory předčasného vypadnutí z léčby u gamblersů, se zaměřila na osobnostní a sociální charakteristiky klientů. Tato studie byla provedena na docházkovém programu v individuální a skupinové terapii. Ze 112 účastníků, 43 klientů nedokončilo léčbu, což je 38% vypadnutí z léčby. Mezi klienty, kteří dokončili a nedokončili léčbu, nebyly žádné výrazné rozdíly v závažnosti závislosti měřenou 2 škálami (DSM-IV kritérii a SOGS kritérii). Nebyly zde ale ani rozdíly v socioekonomických proměnných, ať už se to týkalo pohlaví, věku, výše vzdělání, pracovní pozice, rodinného stavu, rodinného příjmu, rodinné struktury, náboženství či místa narození. Dvě skupiny se nelišily ani v motivaci přestat gamblovat podle vlastního hodnocení, ani v objektivních škálách měřících jejich hladinu úzkosti, deprese či schopnosti řešení sociálních problémů. V jediné škále byl ale přece jen velký signifikantní rozdíl – jednalo se o Eyseneckovu škálu impulzivity. Klienti, kteří nedokončili léčbu, měli výrazně vyšší skóre impulzivity než klienti, kteří léčbu dokončili. Tyto výsledky byly v souladu s dalšími studiemi jiných vědeckých týmů.

Mezi rizikové faktory gamblersů, které uvádí Nešpor ve své publikaci „Už jsem prohrál dost“ (2006), patří: mladí lidé, muži, profesionální hazardní hráči, nebezpečná povolání (jako jsou číšníci, majitelé restaurací, povolání s velkými a nepravidelnými příjmy), hyperaktivní děti s poruchami pozornosti, nezaměstnaní a ti, kteří selhali ve škole nebo v učení. Samozřejmě i v této publikaci je zdůrazněno, že tyto rizikové faktory sice existují, ale závislý klient může být i bez těchto charakteristik.

V bakalářské práci se Věra Křenková (2011) zaměřila na předčasné ukončení léčby ústavní léčby u gamblersů. A ve vzorku 209 hospitalizací se jí podařilo prokázat, že mezi rizikové faktory pro vypadnutí z léčby patří porucha osobnosti a kriminální historie. Výše dluhů naopak nehrála žádnou roli. V jiné studii cílené jen na gamblery (Echeburúa et al., 2001) bylo vypadnutí z léčby signifikantně podpořeno jen jediným faktorem – vyšší úrovní úzkosti u těch, kteří léčbu nedokončili.

Pro lepší přehlednost jsem vypracoval tabulku, ve které jsou uvedeny rizikové faktory pro vypadnutí z léčby, které se objevily u více studií, rizikové faktory, které se objevily jen sporadicky, sporné rizikové faktory a rizikové faktory typické pro patologické hráče.

Tabulka č. 2 Rizikové faktory na straně klienta, které byly nalezeny ve více studiích (pravděpodobné), v ojedinělých studiích (možné), které často vycházely protichůdně (sporné) a které se objevovaly ve studiích patologických hráčů (gamblerů)

Rizikový f. pravděpodobný ▼	Rizikový f. možný ▼	Rizikový f. sporný ▼	Rizikový f. gamblerů ▼
nižší věk	fyz. či sexuální zneužívání	pohlaví	vyšší impulzivita
nižší vzdělání	nezadaný/á	závislost na heroinu	větší úzkosnost
nezaměstnaný	nikdy ženatý či vdaná		prof. hazardní hráči
příslušník minority	odpustil/a sám/sama sobě		hyperaktivita
nižší socioekonom. status			porucha osobnosti
spáchaný trestný čin			kriminální historie
v podmíněčném trestu			
časnější začátek užívání drog			
polydrogová závislost			
duální psychiatrická diagnóza			
kognitivní deficit			

Zdroj: Armenian et al., 1999; Ball et al., 2006; Brorson et al., 2013; Claus, Kindleberg, 2002; Deane et al., 2012; Echeburúa et al., 2001; Gilchrist et al., 2012; Křenková, 2011; Leblond et al. 2003; Nešpor, 2006

7.1 PORUCHA OSOBNOSTI

Duální diagnózy jsou přesvědčivým rizikovým faktorem předčasného ukončení léčby. Je důležité brát v potaz, že mnoho duálních diagnóz u závislosti není rozpoznaných. Ve studii Schulte a kolektivu (2010) autoři uvádí, že jen v 54 % byla duální diagnóza rozpoznána a dokonce jen ve 23 % z nich bylo s nimi dál pracováno. U těch klientů, se kterými dál nebylo pracováno jako s klienty s duálními diagnózami, signifikantně vzrostl počet předčasného ukončení léčby.

Jednou z hlavní duální diagnózou u závislých klientů je porucha osobnosti. Z vlastní zkušenosti si myslím, že se u závislých klientů v českých podmínkách jen málokdy doplňuje porucha osobnosti jako druhá diagnóza, tato kombinace je vcelku hojná. I přestože klient „papírově“ není diagnostikován, jasné akcentované rysy osobnosti jsou rychle patrné, zejména pak v prostředí ústavní léčby, kde klient musí nepřetržitě interagovat s okolím, s dalšími klienty a s personálem, což mu činí nemalé obtíže. Poruchy osobnosti jsou nepružné

ve svém chování, rigidní ve svých maladaptivních vzorcích chování a navíc je u nich typické, že si myslí, že oni sami jsou v pořádku, na rozdíl od jejich okolí. Tato kombinace způsobuje napjaté a konfliktní situace v léčbě, která je postavena na interpersonálních vztazích a změnách chování. V knize Heinz-Petera Röhra *Závislost* (2015) jsou popsány komplikace v průběhu léčby závislostí u jednotlivých typů poruch osobnosti. Je dobré mít tyto informace na paměti, a tak lépe očekávat možné komplikace v léčbě, pružně na ně reagovat a tím možná předejít předčasnému vypadnutí z léčby.

7.1.1 PROBLÉMY BĚHEM TERAPIE U ZÁVISLÉ STRUKTURY OSOBNOSTI

Tito klienti jsou mistry přizpůsobování se, dokáží správně vyčíst, co se od nich očekává, a tak je zde riziko, že buď se tak dobře přizpůsobí, že budou po celou dobu léčby přehlíženi, nebo dokáží vyvolat pocit v okolí, ale i v terapeutech, jak moc na sobě zapracovali, a při tom budou stále ve svém původním vzorci chování. Nejrizikovějšími okamžiky budou tedy ty, kdy bude těmto klientům dáván prostor na skupinách, bude po nich žádáno verbalizovat své negativní emoce, včetně zlosti a agrese a dostanou se do konfliktních situací. V tu chvíli jsou velmi pravděpodobné reverzové tendence.

7.1.2 PROBLÉMY BĚHEM TERAPIE U NARCISTNÍ STRUKTURY OSOBNOSTI

U klientů s akcentovanými narcistními rysy se často objevují problémy hned na začátku terapie. Je pro ně složité „snížit se“ do role klienta. Mají pocit, že vše zvládnou sami, nikoho nepotřebují, a navíc jsou všichni na tom hůř, než je on sám, či jsou jeho terapeuti a další lékařský tým zcela nekompetentní. Především u začínajících terapeutů je velké riziko, že přistoupí na tuto mocenskou hru, která samozřejmě nikam nevede. Je také pravděpodobné, že na skupině budou tito klienti vystupovat jako tvrdí kritikové dalších klientů, ale sami kritiku na svou osobu nepřijmou. V této fázi je největší riziko předčasného ukončení léčby. Pokud tuto fázi klienti překonají, je zde další riziko toho, že se „výkonnostně“ přizpůsobí léčbě, budou jedni z nejlepších klientů, budou vytvářet skvělé pseudo-vhledy a stanou se vzornými klienty. Tato role je pro ně také přirozená, a tak bohužel neznačí pokrok v terapii. Ten nastává, pokud klient dá průchod především svému smutku, z toho, že je závislý, ze své životní cesty, ze svého vývoje. To je pro tyto klienty nejvíc ohrožující, protože se projevem smutku nad sebou cítí poníženi, a tak hrozí, že po takto silné a autentické emoci bude klient chtít předčasně opustit léčbu.

7.1.3 PROBLÉMY BĚHEM TERAPIE U HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Hraniční rysy u klientů jsou velkou komplikací v celém průběhu léčby. Protože tito klienti vidí svět jen černobíle, velmi těžce se srovnávají s režimem a přistupují na jeho podmínky. Velmi časté jsou konflikty se spoluklienty, protože i ti jsou rozděleni na dva tábory – buď jsou s nimi nebo proti nim. Terapeutům „připravují“ zatěžkávací zkoušky, zda vydrží jejich neustálé střídání nálad, osobní výpady a náročnost během skupinových sezení. Dalším rizikovým faktorem je u těchto klientů jejich sklon k nerozváznému a spontánnímu jednání. Ať už vyhrožují předčasným odchodem, či sebepoškozováním i sebevraždou. Protože jde o těžkou poruchu osobnosti, i přes snahu, edukaci a pevné vedení, často tito klienti „sklouznou“ opět do starých vzorců, a tak je riziko předčasného ukončení léčby velmi vysoké.

Praško a Látalová (2009) ve svém článku uvádějí, že se asi u 18% klientů s hraniční poruchou osobnosti rozvíjí závislost na návykových látkách. Porucha osobnosti neklesá ani při dlouhodobé abstinenci, což svědčí pro to, že léčba závislostí nemá vliv na osobnostní rysy. Studie prezentují několik možných modelů, jak vysvětlit vznik této komorbiditě a u komorbiditě hraniční poruchy osobnosti se závislostí se nejvíce vědců kloní k Modelu společného faktoru. Ten předpokládá, že obě poruchy jsou výsledkem vlivu nezávislých třetích faktorů. Souvisí to s tím, že hraniční porucha osobnosti je fenomenologicky, geneticky a biologicky spojena s impulzivními poruchami, a abúzus návykových látek patří mezi tyto projevy impulzivních poruch. Uvádí se, že členové rodin klientů s hraniční poruchou osobnosti mají vyšší riziko pro alkoholismus než příbuzní schizofrenních a bipolárních klientů. Z výsledků také vyplývá, že klienti s hraniční poruchou osobnosti relabují po protialkoholní léčbě častěji a za kratší dobu, než klienti bez poruchy osobnosti.

7.1.4 PROBLÉMY BĚHEM TERAPIE U HISTRIÓNSKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Léčba klienta s histriónskou poruchou osobnosti patří k velmi náročným již od samého začátku, protože klient nechce respektovat daná pravidla, cítí se, že by měl mít zvláštní práva a mimořádné podmínky, a tak hraje své hry, včetně vydírání. Je důležité takovému klientovi v ničem neustoupit, což ale samozřejmě může vést k předčasnému ukončení léčby. Dalším problémem v léčbě je, že klient často nesdílí podstatná témata, ale odklání pozornost k něčemu jinému, méně podstatnému, kde se cítí bezpečněji. Mají tendenci ztrácet kontrolu nad svými pocity a uchylovat se k nevhodným způsobům řešení problémů – včetně předčasného ukončení léčby. Ve studii Fernandez-Montalva a López-Goni (2010) dokonce všichni klienti z histriónskou poruchou osobnosti vypadli předčasně z léčby.

7.1.5 PROBLÉMY BĚHEM TERAPIE U SCHIZOIDNÍ STRUKTURY OSOBNOSTI

Klienti se schizoidní strukturou osobnosti často využívají návykovou látku k tomu, aby se zbavili úzkosti z kontaktu s dalšími lidmi, zrušili tím svou izolaci a odstranili zábrany. V léčbě jsou tito klienti téměř nepostřehnutelní, snaží se co nejméně zapojovat do kolektivu, do skupinové dynamiky i do práce na sobě. Umějí se dobře přizpůsobit pravidlům, a tak často projdou celou léčbou, aniž by nějak výrazněji pracovali na sobě. Riziko předčasného ukončení léčby by mohlo nastat, pokud by se někdo z kolektivu či z terapeutického týmu snažil ke klientovi více přiblížit, snažil by se ho vtáhnout do skupinové dynamiky, či by na něj vyvíjel tlak, aby se více socializoval.

8. RIZIKOVÉ FAKTORY VYPADNUTÍ Z LÉČBY NA STRANĚ ZAŘÍZENÍ

Zahraniční studie ukazují, že předčasné vypadnutí léčby není způsobeno jen faktory na straně klienta, ale také velkou měrou přispívají důvody na straně léčebného zařízení, průběhu léčby a terapeutů. Existují stovky studií zabývajících se předčasným vypadnutím z léčby, 91% z nich je věnováno rizikovým faktorům na straně klienta, 4% z nich se zabývá rizikovými faktory průběhu léčby (např. délka léčby, nastavení léčby, metody, poměr zaměstnanců a klientů) a pouze 5% studií zkoumá prediktory, které jsou k dispozici na začátku každé léčby (terapeutický vztah, motivace a spokojenost s léčbou). Některé přehledy dokonce tvrdí, že tolik nezáleží na faktorech na straně klienta, protože se často výsledky studií rozcházejí, což je shrnuto v předchozí kapitole „Rizikové faktory na straně klienta“. Je ale dobré je vést v patrnosti, ale pak je především potřeba na ně reagovat (Brorson et al., 2013).

Pilotní studie Palmerové a kolektivu (2009) se na vypadnutí z léčby dívala z obou stran: klienta i člena terapeutického týmu. Jak již i jiné studie ukázaly, nezáleží tolik na programu, jako na individuálních a osobních faktorech. Výzkumný tým předpokládal, že klienti budou udávat jako důvod předčasného odchodu především terapeutický program (dodržování pravidel) a logistické problémy (např. doprava), ale z výsledků vyplývá, že nejdůležitějšími faktory byly pro klienta sociální podpora a problémy s personálem. Členové terapeutického týmu připisovali vypadnutí z léčby více k individuálním charakteristikám klienta, k motivaci klienta a také k problémům s personálem. Zdá se, že kdyby tým více pracoval s brzkým vytvořením terapeutické vazby a s řešením konfliktů mezi týmem a klienty, procento udržení se v léčbě by mohlo být vyšší. V této situaci je důležité přijmout vlastní odpovědnost za to, že klient vypadá z léčby i naším přičiněním, což se odbornému týmu často nechce přiznat (jak ukazuje i studie Palmerové). A že jednoduše někdy klient odejde, protože byl vystaven nadměrným nárokům ze strany zařízení, které bez dostatečné podpory nebyl schopen zvládnout. Tuto podporu možná nedostal z důvodu toho, že byl „označen“ jako komplikovaný, neperspektivní, náchylný k vypadnutí, a místo toho, aby se mu věnovala větší pozornost a péče, je od začátku spíše opomíjen a tím předurčen k selhání, které jen potvrdí terapeutův „profesionální“ odhad (Kalina, 2003).

Mezi výzkumníky jsou také snahy zjišťovat, jak práce a osobnost terapeuta přispívá ke zdárné léčbě klienta závislého na návykových látkách a za jedno z kritérií si stanovili i to, že léčbu dokončí. I když porovnávali studie s velmi podobnými parametry (terapeutův výcvik, teoretická orientace, zkušenosti), bylo velmi obtížné oddělit jiné vlivy prostředí na úspěch léčby. Jedinou proměnnou, která se objevovala u všech studií byla interpersonální práce v sezení (označována jako empatie, opravdovost, respekt a konkrétnost), která měla pozitivní vliv na výsledek léčby i udržení se v léčbě (O'Dea, 2011). S tím souvisí i výsledky z jiných studií, kde jednoznačně koreloval povrchní (netěsný) terapeutický vztah s rizikem předčasného ukončení léčby (Brorson et al., 2013).

Ve studii Clause a Kindlebergerové (2002) se zmiňuje velmi okrajově zajímavý fakt. Klienti, kteří dokončili celou ústavní léčbu, čekali na termín hospitalizace nejkratší dobu (3,2 dny). Ti, kteří z léčby vypadli předčasně, čekali druhý nejkratší čas (4,7 dne) a ti, kteří vůbec do léčby nenastoupili, čekali nejdelší dobu (5,3 dne). Obdobné výsledky se ukázaly i u docházkové léčby. Přivádí nás to na myšlenku, že je pro nás jako odborníky výhodnější nabízet klientům co možná nejbližší termín nástupu léčby. Což možná trochu odporuje "selskému rozumu", kdy bychom mohli předpokládat, že když klient nastoupí i přes dlouhou čekací dobu, je již silně motivován se léčit. Na rozdíl od někoho, kdo třeba volá impulzivně v největší nouzi, a pak by si velmi rychle léčbu rozmyslel. Ve studii Armenian a kolektivu (1999) se také zaměřily na obdobný „technický“ parametr - vliv dne přijetí do léčby ve vztahu s předčasným odchodem. A signifikantně výrazně byl pátek dnem, kdy klienti častěji předčasně odcházeli z léčby. I na základě mé praxe mě tento fakt nepřekvapil, protože přijetí k detoxifikaci v pátek znamená, že až 3 dny nebudete mluvit s žádným doktorem ani terapeutem, budete zavřeni na detoxifikační jednotce bez svých osobních věcí, bez kontaktu s okolím, jen s minimální konverzací se středním zdravotnickým personálem a se spoluklienty, kteří jsou na tom povětšinou velmi špatně zdravotně. Tyto okolnosti často vedou k podání negativního reverzu do 48 hodin i u nás na pracovišti.

Pro větší přehlednost uvádím níže tabulku možných rizikových faktorů na straně zařízení.

Tabulka č. 3 7 možných rizikových faktorů pro vypadnutí z léčby na straně zařízení a personálu

	Rizikové faktory na straně zařízení
1	malá sociální podpora od týmu
2	nedostatečná interpersonální práce
3	konflikty s personálem
4	"označkování" klienta
5	netěsný terapeutický vztah
6	dlouhá čekací doba v pořadníku
7	nástup v pátek

Zdroj: Armenian et al., 1999; Brorson et al., 2013; Claus, Kindleberger, 2002; Kalina, 2003; O'Dea, 2011; Palmer et al., 2009

9. PREVENCE VYPADNUTÍ Z LÉČBY

Důležitou oblastí u předčasných odchodů je dle Kaliny (2008) prevence vypadnutí. Patří mezi ně specifické intervence ze strany personálu, které se snaží podchytit a zamezit předčasným odchodům z léčby. Jsou to jednak podpůrné pohovory v období krize, určení garantů pro nově příchozí, možnost tyto guaranty měnit, snaha o identifikování možných individuálních důvodů k předčasnému odchodu a také různé zadržovací strategie. Mezi ně patří povinný pohovor s ošetřujícím lékařem a terapeutem, rozloučení se na skupině či na komunitě, oddálení výdeje osobních věcí jen v pracovní dobu, oddálení vyřízení negativního reverzu apod. Tyto strategie se hojně využívají i na mém pracovišti, kdy dáváme klientovi čas na promyšlení svého rozhodnutí, které je často vyřčeno impulzivně, bezprostředně po konfliktu, během silného cravingu či po zjištění nových znepokojujících informací zvenku. Nejde o snahu bránit v odchodu, ale o poskytnutí času promyslet si tak závažný krok, který v naprosté většině případů vede k relapsu.

Ball a kolektiv (2006) ve své práci doporučuje více motivačních pohovorů a trénink dovedností, který vede ke zvládání krizových situací právě pro klienty, které považujeme za více rizikové z hlediska dřívějšího vypadnutí z léčby. Dále by bylo dobré se zaměřit na klienty, kteří mají diagnostikovanou poruchu osobnosti, aby pro ně terapeuti či lékaři připravili alespoň krátkou intervenci, která by cílila přímo na jejich problémy spojené s poruchou osobnosti. Stejně tak odhalit kognitivně slabé jedince v léčbě, kterým by měl personál přizpůsobit metody léčby tak, aby byly ušité na míru klienta, zkracovat sezení, více se zaměřit na individuální terapii než na skupinovou, nebo používat jiné postupy (Brorson et al., 2013). Také jim nabídnout formu kognitivního tréninku zaměřeného především na rozhodovací procesy, nebo je i dokonce podpořit farmakologicky (Stevens et al., 2013).

McKellar a kol. (2006) zjistil, že vysoce rizikovní klienti (mladší, s kognitivním deficitem) méně odcházeli z léčby na reverz, pokud léčebné prostředí dávalo mnoho podpory a málo kontroly. Dokonce ve své studii předpovídali předčasný odchod u rizikových klientů v kombinaci s vysokou mírou kontroly ze strany zařízení a opravdu se prokázalo, že tam, kde byla vysoká kontrola personálu, byl vyšší předčasný odchod z léčby. V praxi to znamená, že personál a terapeuti by se neměli snažit příliš kontrolovat vysoce rizikové klienty, ale spíše je zkusit více zapojit do rozhodování o jejich léčbě a nebýt tolik represivní. Také vytvářet více podporující prostředí (McKellar et al., 2006).

Z přehledového článku Brorsonové a kolektivu (2013) jasně vyplývá, že dobrý (hluboký) terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem je jedním ze základních předpokladů k dokončení léčby. A tak by mělo být samozřejmé, aby se v léčbě tým zaměřoval na hodnocení terapeutického vztahu, na podpoře prohlubování aliance a tento vztah by se také měl účinnými nástroji průběžně měřit a monitorovat.

Studie Berga a Dhopeshe (1996) ukazuje, že klienti, kteří byli do léčby přijati neplánovaně, téměř dvakrát častěji opouštěli léčbu předčasně než ti, kteří byli přijati do léčby řádně přes poradník. Ve svém článku se autoři zamýšlejí nad tím, že by bylo dobré, aby u těchto klientů byla po stabilizaci zdravotního stavu dobře zmapována jejich motivace k léčbě a následné abstinenci. Zdůrazňují, že hospitalizace je velice finančně nákladná a bylo by neefektivní ji nabízet někomu, kdo o to vlastně ani nestojí, ale dostal se do léčby je kvůli akutnímu zhoršení zdravotního stavu. S takovýmto klientem by se pak otevřeně řešilo, co v léčbě dál, nenutil by se mu komplexní program ústavní léčby, ale naopak by byl odkázán na některé z docházkových, či ambulantních center pro léčbu závislosti.

Z přehledového článku Starka (1992) vyplývá, že jako prevence vypadnutí dobře slouží menší, decentralizované kliniky, kde se nachází větší poměr personálu. Dále klienti spíše pokračují v léčbě, pokud dostanou před začátkem léčby rychlejší odpověď a individuální pozornost a péči. Jsou také raději v menších skupinkách. V návrzích tohoto článku jsou i levné techniky, jako připomínání se klientům telefonicky či osobními dopisy, které dobře fungují v prevenci vypadnutí z léčby u docházkových programů.

Pro shrnutí možností, jak preventivně postupovat, aby se procento vypadnutí z léčby snížilo, přináším stručný přehled:

- a) posílit motivační pohovory, zejména na začátku léčby věnovat klientovi individuální péči
- b) nabízet trénink dovedností ke zvládání krizových situací
- c) specializované intervence pro klienty s duálními diagnózami – zejm. poruchy osobnosti
- d) přizpůsobení programu pro klienty s kognitivním defektem – zkrácení sezení, více individuální terapie, kognitivní trénink, farmakologická podpora
- e) rizikovým klientům pro předčasný odchod dávat více podpory a více prostoru pro spolurozhodování v léčbě, omezit represivní chování
- f) intenzivně pracovat na terapeutickém vztahu a průběžně ho revidovat
- g) s klienty, kteří byli přijati neplánovaně, dobře zmapovat jejich motivaci k abstinenci
- h) před začátkem léčby rychle reagovat na klienta (ozývat se telefonicky, písemně)
- i) menší, decentralizované kliniky i skupinky klientů
- j) zadržovací techniky (zejm. individuální pohovor s lékařem či terapeutem, vyjednávání, ritualizace odchodu na skupině či v komunitě, nevydávat os. věci okamžitě apod.)

Podle zahraničních studií je efektivita těchto intervencí vcelku značná, snižuje se vypadnutí z léčby o 20 až 40 %, což je významný počet klientů, kteří mohou řádně dokončit léčbu a jistě to za to vynaložené úsilí stojí (Kalina, 2003).

VÝZKUMNÁ ČÁST

10. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Prvním cílem diplomové práce bylo popsat společné znaky¹ českých klientů, kteří přemýšleli o předčasném ukončení léčby, ale zůstali v ní. Druhým cílem bylo zjistit, jak klienti nahlíží na své odchodové tendence a celou dosavadní léčbu v průběhu krize, a jak vnímají překonání reverzových tendencí. Posledním cílem studie bylo identifikovat motivační vlivy, které klienta přesvědčily v pokračování v léčbě.

Výzkumné otázky:

- a) Jaké společné znaky nalezneme v anamnéze klientů, kteří uvažovali o ukončení léčby, ale nakonec setrvali?
- b) Jaké důvody k ukončení léčby uváděli klienti?
- c) Jak hodnotí léčbu klienti v krizové situaci během léčby?
- d) Jak klienti vnímají překonání reverzových tendencí?
- e) Které z motivačních vlivů vedly klienta, z jeho pohledu, ke stažení reverzu?

11. METODIKA

11.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR A METODY JEHO ZÍSKÁNÍ

Do výzkumného vzorku byli vybráni klienti z ústavní léčby v psychiatrické nemocnici. Jedná se výhradně o muže se závislostí na drogách, alkoholu, lécích a gamblingu. Ústavní léčba v naší psychiatrické nemocnici trvá 3 měsíce. Účastníci výzkumu byli zvoleni metodou záměrného výběru. Klienti byli vybráni dle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006).

Kritéria pro zařazení do studie zní:

- a) Klient je české národnosti.
- b) Klient je v ústavní léčbě alespoň 21 dnů.

¹ Mezi sledované znaky patří: socio-demografické údaje (věk, dosažené vzdělání, rodinný status, rodinné zázemí, úroveň bydlení, zaměstnanost), abus, rodinná a osobní anamnéza

- c) Klient zmíní své rozhodnutí k odchodu z léčby na skupinové terapii, individuální terapii, v deníku, či podá písemný negativní reverz ošetřujícímu lékaři.
- d) Klient souhlasí se zařazením do studie.

Výzkumný vzorek tvoří 31 klientů splňující uvedená kritéria.

11.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Hlavními výzkumnými metodami byla analýza anamnestických údajů klientů a polostrukturované rozhovory s klienty. Sběr dat započal v září 2015 a probíhal 8 měsíců – do dubna 2016.

Data klientů byla získána výpisem z lékařské dokumentace z osobních anamnéz, které vytvořili ošetřující lékaři klienta a ke kterým mám oprávnění přístupu. Největší zájem jsem věnovat jednak socio-demografickým údajům (věk, dosažené vzdělání, rodinný status, rodinné zázemí, úroveň bydlení, zaměstnanost), ale také detailnějšímu popisu abusu a rodinné a osobní anamnéze. Anamnestická data klientů jsou přístupna prostřednictvím programu ISpP HIPPO – Informační systém pro psychiatrii, ke kterému mám oprávnění jej využívat. Sběr dat byl zcela anonymní.

Informace o možném ukončení léčby ze strany klienta jsem získával z několika zdrojů:

- a) na každodenní poradě týmu pavilonu 18, kde probíráme výstupy z individuálních pohovorů, ze skupinové terapie i z deníků klientů
- b) na každodenní ranní komunitě či společném komunitním odpoledním programu, kde mají klienti prostor verbalizovat své postřehy, ale i námitky a potřeby a někdy se stává, že zde uvádí i své rozhodnutí opustit předčasně léčbu
- c) z přímého informování lékaři, kteří obdrželi písemnou žádost o předčasné ukončení léčby
- d) ze stran zdravotnického personálu (zejm. zdravotních sester), kteří mě informovali, pokud se jim klient svěřil o reverzových úmyslech během jejich pracovní doby
- e) z vlastní terapeutické práce ve skupinové a individuální terapii a při čtení deníků své skupiny klientů

S klienty, kteří zvažovali odchod na reverz, jsem vedl polostrukturovaný rozhovor já osobně. Toto opatření (rozhovor s někým z týmu) patří mezi rutinní postupy našeho zařízení, orientačně pohovor trvá maximálně 15 minut. Pro zpřesnění a sjednocení rozhovoru s klientem, který zvažoval předčasný odchod z léčby, jsem připravil hlavní okruhy témat, které musely zaznít během rozhovoru tak, aby data pro diplomovou práci byla jasně porovnatelná. Tyto oblasti se staly tzv. jádery interview, tedy minimum otázek a témat, které musel klient zodpovědět během rozhovoru (Miovský, 2006). V rozhovoru jsem samozřejmě poskytl prostor pro další doplňující otázky a zpřesnění ze strany klienta. Rozhovor trval

většinou mezi 20 až 30 minutami. Během rozhovoru jsem si zaznamenával hlavní odpovědi a myšlenky do předem připraveného archu s hlavními okruhy témat (viz Příloha 2). Tento záznamový arch mi sloužil tak, abych neopomněl žádné z témat jádra interview a zapsal důležité informace ze strany klienta. Data ze záznamových archů jsem později přepsal do elektronické podoby – tabulky v Excelu.

Hlavní témata rozhovoru byla následující:

1. Jak dlouho přemýšlel o tom, že chce odejít?
2. Jaké důvody ho vedou k předčasnému odchodu z léčby?
3. Jestli by byl ochoten na nějakém důvodu k odchodu pracovat a odchod odložit?
4. Co ho venku čeká?
5. Co vše se mu v léčbě podařilo?

S klienty, kteří si rozmysleli předčasný odchod z léčby, jsem provedl další polostrukturovaný rozhovor následující den. Tento pohovor umožnil zmapovat motivační vlivy klienta, které, podle něj, ho přesvědčily setrvat v léčbě. Během rozhovoru jsem si psal ručně poznámky, které jsem později opět přepsal do elektronické formy – tabulky v Excelu. Forma polostrukturovaného rozhovoru byla opět spíše volnější, přesto klíčové otázky pro klienta byly tyto:

1. Na jak dlouho to teď v léčbě vidí?
2. Na základě čeho svůj odchod z léčby přehodnotil?
3. Co se o sobě dozvěděl během této krize?

11.3 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT

Anamnestická data klientů z lékařského informačního systému HIPP jsem jednotlivě přepsal do přehledné Excel tabulky s předem definovanými oblastmi zájmu zkoumání (viz výše). Vše proběhlo bez tisknutí jakéhokoliv dokumentu tak, aby se zamezilo jakékoliv možnosti úniku citlivých dat. Z informačního systému psychiatrické nemocnice jsem přímo přepisoval data do svého notebooku bez zmínky jmen klientů. V tabulce jsem poté data převedl pomocí operacionalizace na konkrétní sledované znaky. Pro základní přehled jsem použil metodu deskriptivní analýzy dat (kolik procent alkoholiků/toxikomanů/gamblerů je zastoupeno ve studii atd.), dále pak induktivní statistiku, která nám odhalila vztahy mezi proměnnými (Hendl, 2004). Statistická analýza dat proběhla pomocí programu Microsoft Office Excel 2007.

Data z polostrukturovaných rozhovorů jsem pomocí transkripce ze záznamových archů redukoval – zejména jsem vypouštěl výpovědi, které byly příliš obecné, či se nedotýkaly přímo výzkumných otázek. Provedl jsem analýzu dat pomocí metody kontrastu a srovnávání (Miovský, 2006) a tím lépe zodpověděl na výzkumné otázky své práce. Naopak metoda

zachycení vzorců posloužila k zodpovězení otázek, co mají klienti, kteří setrvali v léčbě společné a které motivační jevy jim pomohly se v léčbě udržet.

12. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Etické aspekty práce byly dodrženy na všech třech úrovních, jak jsou uvedeny v knize Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu (Miovský, 2006). Za všech okolností jsem zohledňoval práva účastníků výzkumu, jejich právo na informace, na soukromí, na ochranu osobních údajů a právo kdykoliv odstoupit od výzkumu.

Klienti obdrželi písemný informovaný souhlas, který je srozumitelně informoval o povaze studie, o účelu sběru dat, jejich následném nakládání a o způsobu ochrany osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech. Svým podpisem stvrdili, že zařazení do studie porozuměli, ale také, že vstup je zcela dobrovolný a je možné kdykoliv ze studie vystoupit, i po skončení sběru dat. V souhlasu byla také vysvětlena dobrovolnost ve smyslu absence nároku na odměnu za účast. V průběhu celé doby (od poskytnutí informovaného souhlasu až po skončení rozhovoru) jsem byl s klientem v jedné místnosti, samozřejmě o samotě, bez dalších osob. Během podpisu informovaného souhlasu jsem klientům poskytoval prostor pro pokládání dotazů. Informovaný souhlas byl také předložen ke schválení primáři a vedoucímu lékaři.

Klientům jsem opakovaně zdůraznil svou povinnost mlčenlivosti a také to, že data se zpracovávají striktně anonymně, nikde nebudu uvádět jejich celá jména, dokonce ani iniciály klientů – ať už při sběru dat, či prezentaci výsledků.

Klienti nebyli během sběru dat vystaveni nadbytečnému stresu, manipulaci z mé strany ani jinému osobnímu riziku. Naopak mi bylo několikrát potvrzeno ze strany klientů, že terapeutické pohovory vedly ke zmírnění tenze klientů a k většímu rozvoji náhledu na svou závislost.

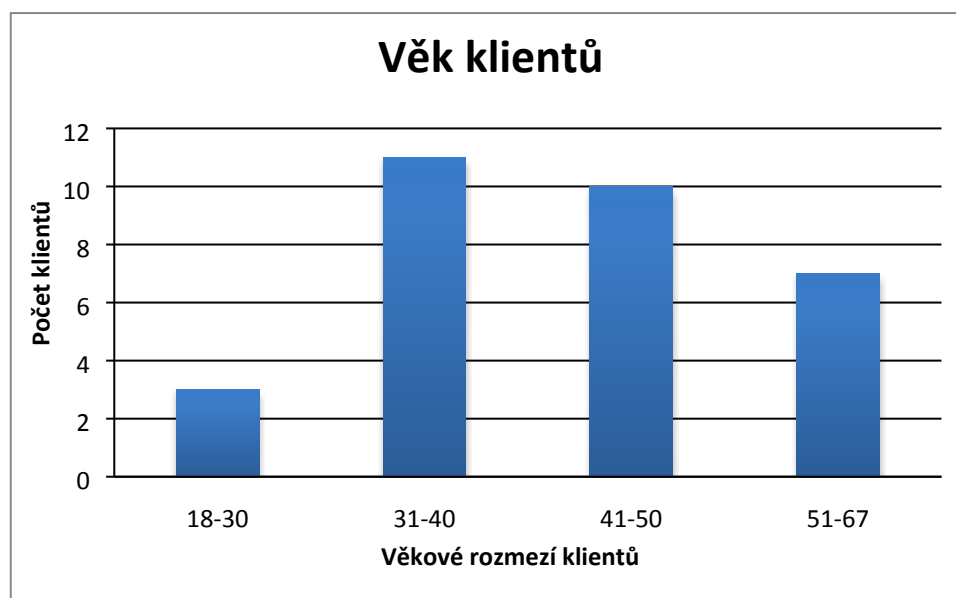
13. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

13.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Celkový počet respondentů tvořil 31 závislých mužů. V této kapitole jsou uvedeny základní údaje o klientech, které jsem získal z anamnestických rozhovorů jejich ošetřujících lékařů.

Průměrný věk klientů byl 43,8 let. Nejmladšímu účastníkovi studie bylo 18 let, nestaršímu pak 67 let. Klienti byli nejčastěji ve věku od 31 let do 50 let. podrobnější věkové rozložení ukazuje graf č. 2.

Graf. č 2 Věkové rozmezí klientů vstupujících do studie



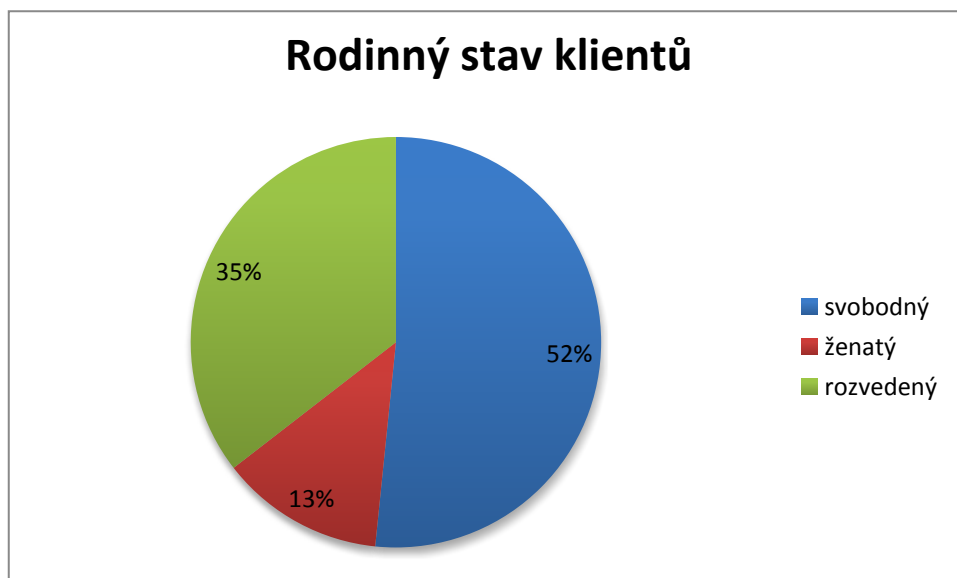
Dalším sledovaným parametrem bylo dosažené vzdělání klientů. Téměř shodně (39%, resp. 35%) klientů dosáhlo středoškolského vzdělání ukončené maturitní zkouškou, či výučním listem. Jeden jediný klient měl dokončené vysokoškolské vzdělání a 23% mělo ukončeno jen vzdělání základní. Jednotlivé počty jsou rozepsány v tabulce č. 4. V době léčby bylo zaměstnáno jen 9 klientů, tedy necelých 30%, 22 klientů bylo v té době nezaměstnaných.

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání klientů ve studii

Dosažené vzdělání	Počet klientů
ZŠ	7
SŠ s výučním listem	11
SŠ s maturitou	12
VŠ	1

Dalším sledovaným parametrem byl rodinný status. Jen 4 klienti byli v době studie ženatí, 11 klientů bylo rozvedených a 16 klientů bylo svobodných. Procentuální grafické znázornění rodinného statutu je zobrazeno v grafu č. 3. Přestože více jak polovina klientů neuzavřela nikdy manželský svazek, více jak 61% z nich (19 klientů) mělo děti.

Graf č. 3 Procentuální vyjádření rodinného stavu klientů

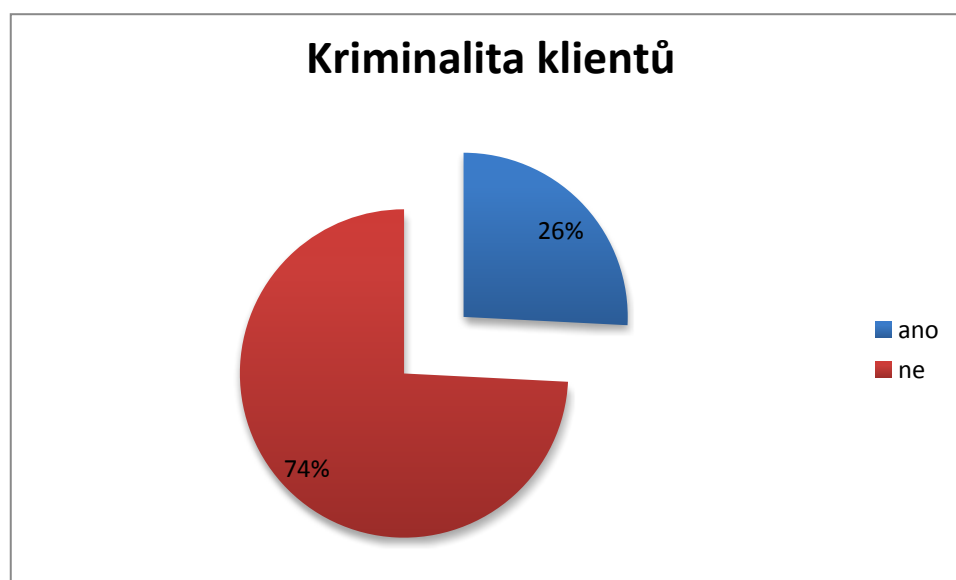


Přestože jen necelých 30% mělo stálé zaměstnání ve chvíli léčby, 55% klientů (n=17) mělo zajištěné stálé bydlení a téměř polovina klientů (45%, n=14) mělo i pevný stálý svazek se ženou.

Z dalších údajů, které se zjišťují k mapování sociálního postavení klientů, jsem se zaměřil na dluhy. Více jak polovina klientů (55%) uvádí, že nějaké dluhy má. Toto číslo ale může být v reálu klidně vyšší, protože ne všichni klienti na začátku léčby popravdě sdělují svou finanční situaci.

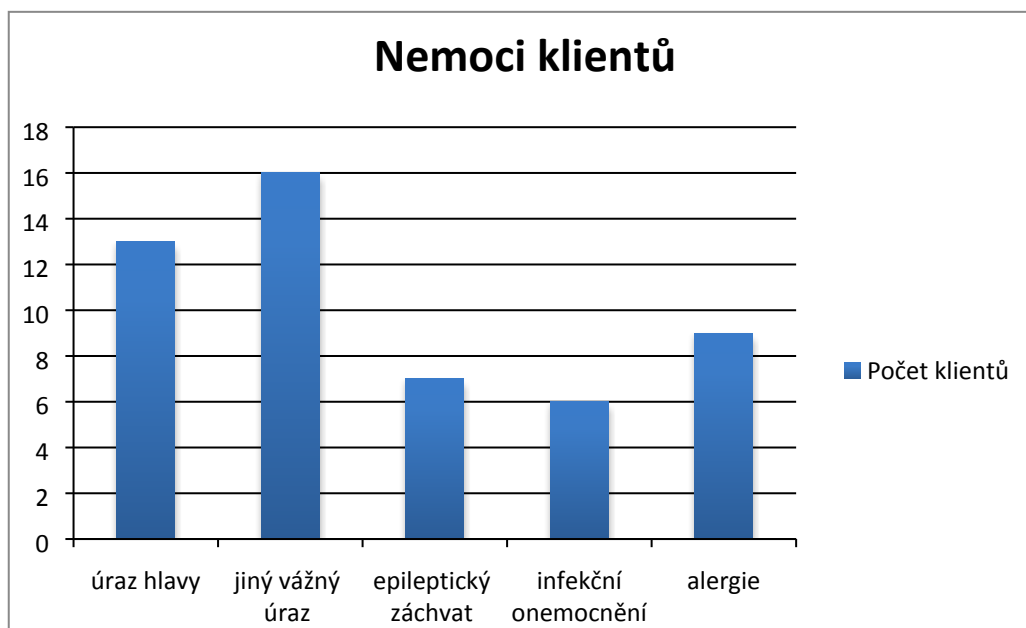
Poslední otázka k zjištění přibližného sociálního statutu se týkala kriminální minulosti klientů. Jen 8 klientů spáchalo nějaký trestný čin, za který byli odsouzeni k odnětí svobody, či za něj dostali podmíněčný trest. Graf č. 4 ukazuje tento poměr procentuálně.

Graf č. 4 Procentuální zastoupení klientů, kteří spáchali nějaký trestní čin



Z údajů osobní anamnézy vyplývá, že téměř polovina klientů (42%) měla nějaký vážný úraz hlavy a kromě toho 52% klientů mělo jiný vážný úraz. Také téměř čtvrtina klientů (23%) zažilo epileptický záchvat a 19% klientů prodělalo závažné infekční onemocnění. Jiná závažná onemocnění se téměř nevyskytovala, dokonce i alergie mělo jen necelá třetina klientů (29%). V grafu č. 5 jsou procentuálně zastoupena významná onemocnění a choroby z osobní anamnézy klientů.

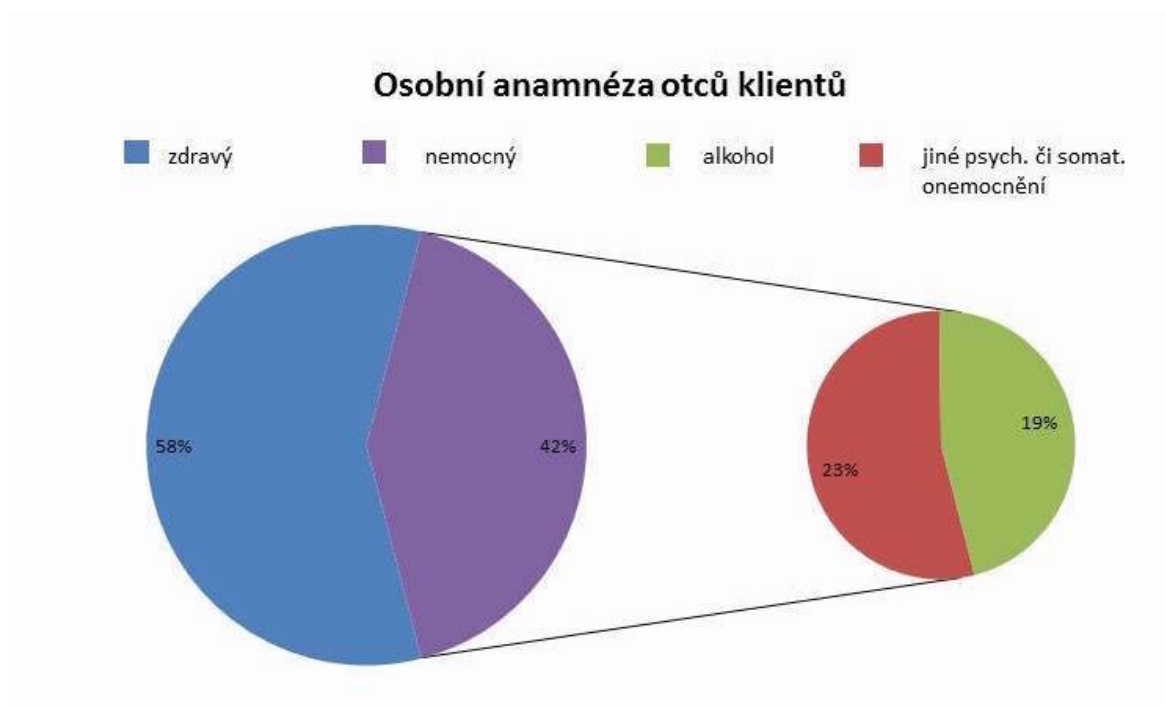
Graf č. 5 Počty klientů, kteří měli v osobní anamnéze uveden nějaký závažnější druh nemoci



Klienti v tomto výzkumu měli četný kontakt s psychiatrickou péčí. 84 procent klientů bylo již před léčbou vedeno v nějaké psychiatrické ambulanci a více jak polovina klientů (52%) v době léčby užívala psychiatrickou medikaci.

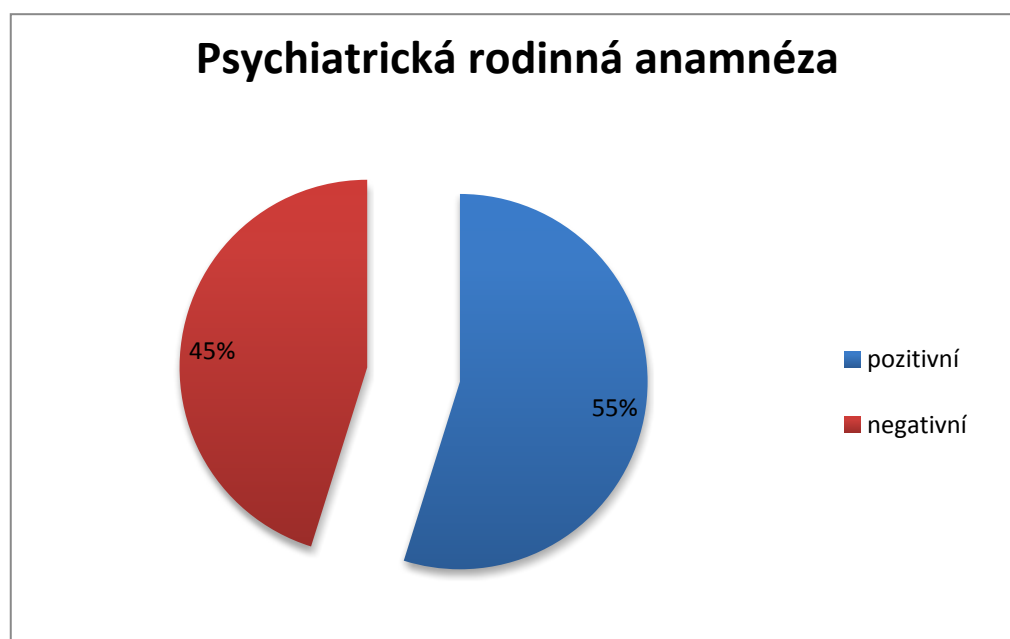
Z rodinné anamnézy vyplývá, že problémy s alkoholem se v nejbližší rodině vyskytují, jde především o závislost na alkoholu u otce, která se objevila v anamnéze u 6 klientů. Závislost na alkoholu u matky byla velice vzácná, jen jeden klient měl závislou matku. Ani sourozenci našich klientů neměli významné obtíže s návykovými látkami, 3 sourozenci našich klientů měli problémy s alkoholem. Je zajímavé, že v nejbližší rodině se nevyskytoval nikdo další s jinou závislostí než na alkoholu. Pokud se nezaměřujeme jen na problémy s alkoholem, tak i celkově rodiče našich klientů se těší dobrému zdraví – 65% matek klientů je zcela zdravá a 58% otců je zcela zdrávo. Graf č. 6 ukazuje procentuální vyjádření poměru zcela zdravých otců klientů ku otcům se somatickým či psychiatrickým onemocněním. Zvláště je pak ve výšeči ukázán poměr závislosti na alkoholu u otců klientů.

Graf č. 6 Procentuální vyjádření osobní anamnézy otců klientů. Druhý výsečový graf znázorňuje procentuální zastoupení závislosti na alkoholu u otců klientů.



Při rozšíření zjišťování anamnestický dat u příbuzných klientů na širší rodinu (až do druhého kolene včetně prarodičů, tet, strýců a sestřenic) se zjistilo, že více jak polovina klientů (17 klientů) ve studii má pozitivní rodinnou psychiatrickou anamnézu. Graf č. 7 ukazuje toto zastoupení procentuálně.

Graf č. 7 Procentuální vyjádření positivity/negativity psychiatrické anamnézy u širšího příbuzenstva klientů



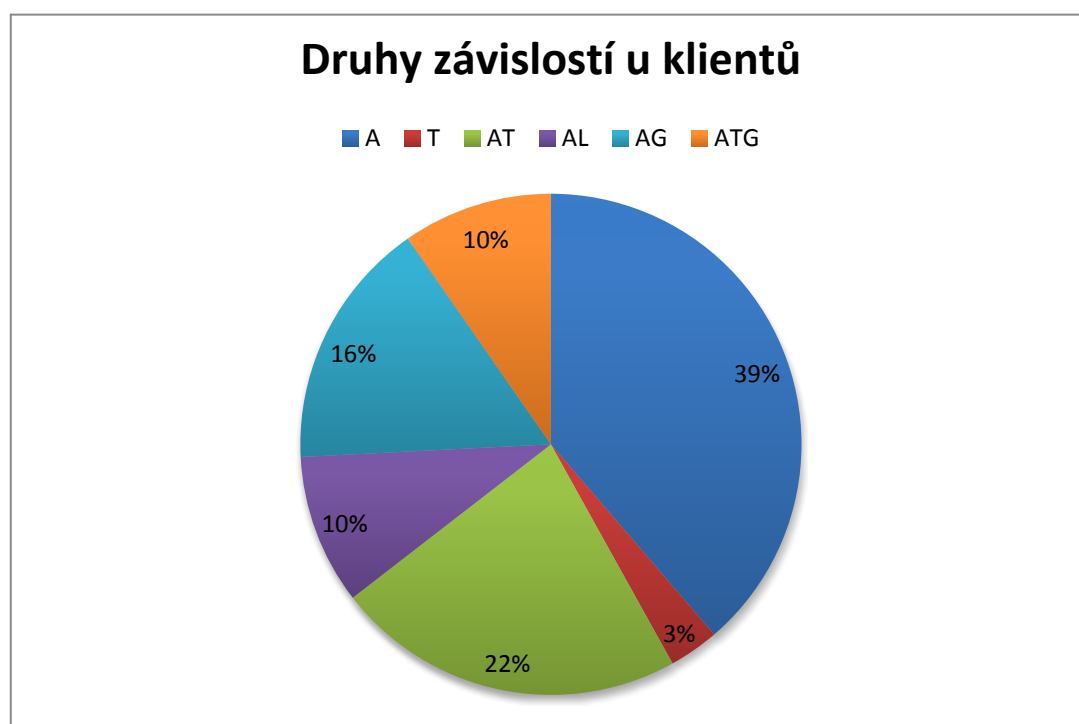
V posledním bloku zjišťování anamnestický údajů klientů jsem se zaměřil přímo na otázky spojené s jejich závislostí. V tabulce č. 5 jsou uvedeny počty klientů a kolikátou ústavní léčbu závislostí již prodělali. Nejvíce klientů ve studii (35%) již opakovali léčbu potřetí až popáté. Prvoléčeb ve vzorku se vyskytovalo 26%, jen o trochu méně bylo klientů, kteří byli v léčbě podruhé (23%) a nejméně klientů (16%) bylo v léčbě již mnohokrát (6x a více).

Tabulka č. 5 Počty klientů a počet ústavních léčeb se závislostí, které již absolvovali

Počet léčeb	Počet klientů
1. léčba	8
2. léčba	7
3.-5. léčba	11
6. a více léčeb	5

Velká většina klientů kouřila cigarety každý den. Jen 19% klientů vůbec nekouřilo. Co se týče jejich hlavní drogy či závislosti, s kterou se přišli léčit, spektrum bylo následovné: 12 klientů bylo závislých pouze na alkoholu, 1 klient byl závislý pouze na pervitinu, gambler, který by neměl další závislost, se ve vzorku nevyskytoval. 3 klienti byli závislí na lécích mimo předpis a alkoholu, 5 klientů mělo problémy s gamblingem a alkoholem. 7 klientů uvádělo problémy s alkoholem a jinými návykovými látkami. 3 klienti přiznali závislost na alkoholu, jiných návykových látkách a gamblingu. Mezi jiné návykové látky patřil pervitin, marihuana a extáze. Ve výšečovém grafu č. 8 jsou procentuálně zastoupeny všechny kombinace závislostí u klientů v této studii. Písmeno „A“ označuje závislost na alkoholu, písmeno „T“ označuje jiné návykové látky, písmeno „L“ léky a písmeno „G“ gambling.

Graf č. 8 Procentuální zastoupení jednotlivých druhů závislostí, s kterými se šel klient léčit do ústavní léčby.

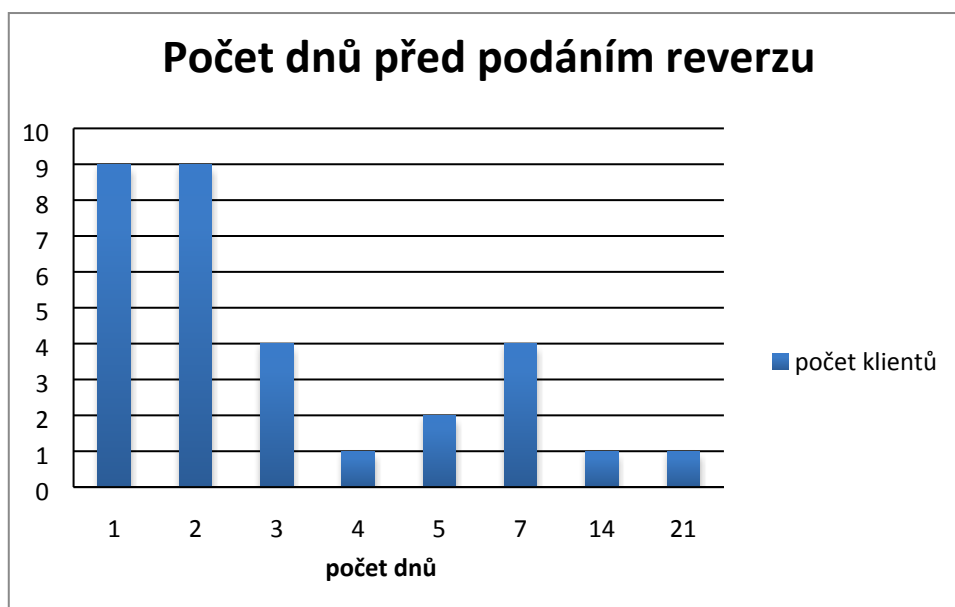


13.2 VÝSLEDKY Z ROZHOVORU PŘED REVERZEM

V této kapitole přináším zpracovaná data ze záznamového archu č. 1 (viz Příloha č. 2), kam jsem zaznamenával odpovědi klientů, kteří se právě rozhodli předčasně odejít z léčby a já jsem před jejich odchodem s nimi vedl polostrukturovaný rozhovor.

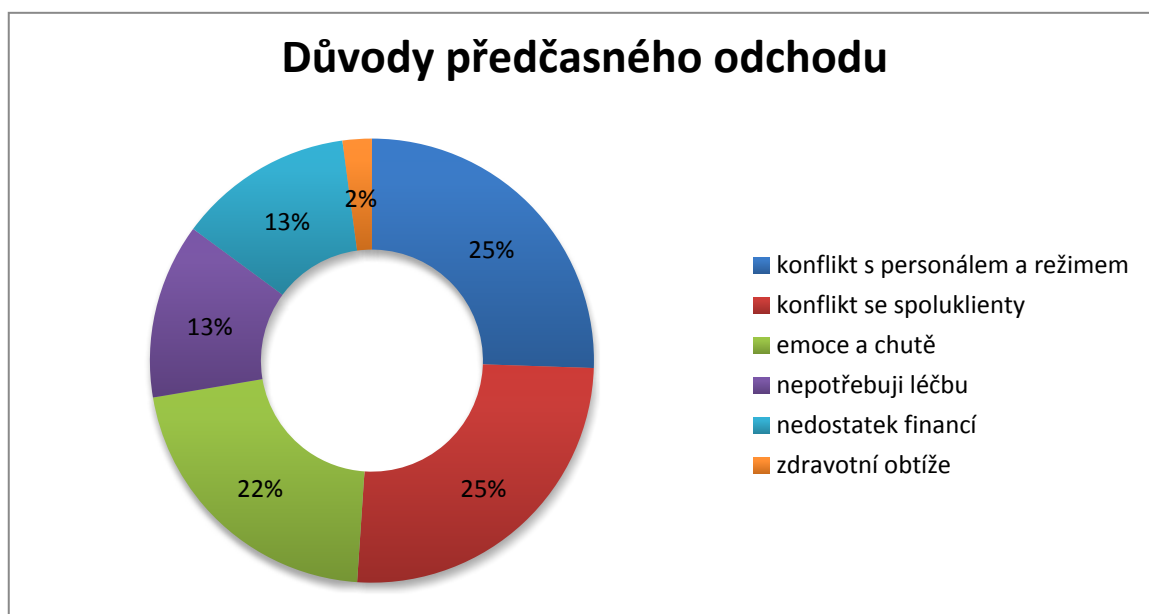
Na první otázku, jak dlouho klient přemýšlel o tom, že chce z léčby předčasně odejít, byly nejčastější odpovědi: 9 klientů přemýšlelo 1 den, dalších 9 klientů přemýšlelo 2 dny, jiná délka byla výrazně méně častá (viz graf č.9). Za zmínku stojí, že 4 klienti se rozmýšleli celý týden a jeden klient dokonce 3 týdny.

Graf č. 9 Počet dnů, které klienti strávili rozmýšlením, zda podat reverz na předčasné ukončení léčby



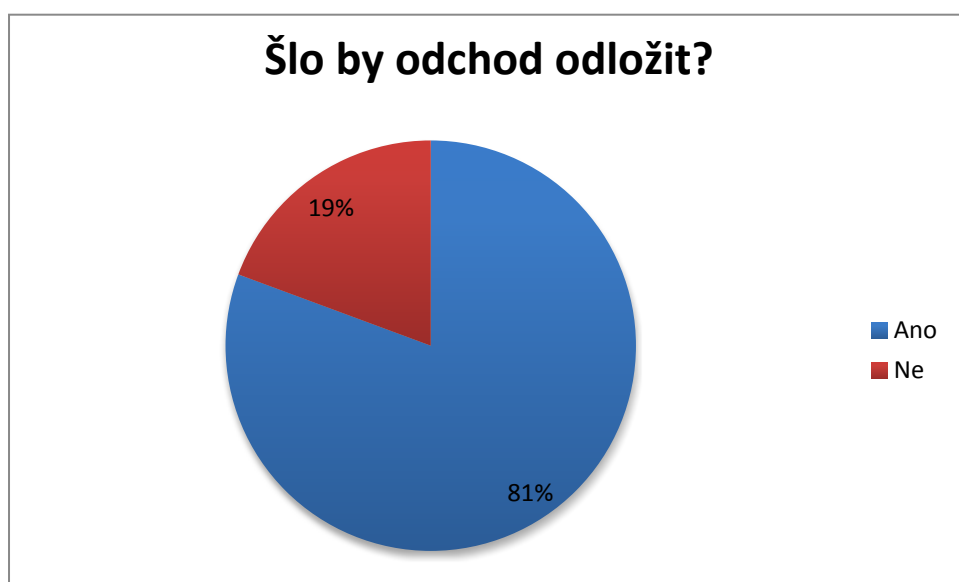
Odpovědi na zásadní otázku, proč klient odchází z léčby, byly překvapivě snadno zařaditelné do 6 skupin. Nejsilnější a stejně početné byly interpersonální konflikty, ať už s personálem a režimem (n=12), nebo konflikt se spoluklienty (n=12). Jako další důvod klienti s náhledem uváděli své emoce a chutě (n=10). Naopak 6 klientů si myslelo, že již léčbu nepotřebují. Posledním silným argumentem pro odchod z léčby byl nedostatek financí (n=6). 1 klient uvedl, že odchází ze zdravotních důvodů. Procentuální zpracování viz graf č. 10.

Graf č. 10 Procentuální vyjádření důvodů, které klienti uváděli pro předčasný odchod z léčby



Na otázku, zda by byl klient ochoten na nějakém důvodu k odchodu pracovat a odchod odložit, odpovědělo 25 klientů, že „Ano“ – byli by ochotni odchod odložit. Jen 6 klientů řeklo v tu chvíli jasné „Ne“ odložení odchodu. Tedy více než 80% klientů by bylo ochotno v terapii za určitých okolností setrvat (viz graf č.11).

Graf č. 11 Procentuální vyjádření, zda by klient byl ochoten odložit svůj odchod za konkrétních podmínek



Otázku, zda by byl klient ochoten odložit svůj odchod z léčby jsem dále se všemi klienty rozpracovával tak, že jsem se snažil zjistit, co by jim pomohlo v léčbě zůstat. 6 klientů, kteří byli rozhodnutí odejít, nenašli ani žádnou motivaci zůstat. Z ostatních odpovědí by nejvíce klienty oslovil pohovor s psychoterapeutem (n=10), dále stejnou měrou propustka či setkání s blízkou osobou (n=6), 2 klienti by si přáli být přeloženi na příjmový pavilon a další 2 klienti by zůstali, kdyby se řešily vztahy se spoluklienty. Po 1 odpovědi pak zazněly tyto ostatní motivace: hudba, odpočinek, lepší záchod a knihovna, možnost více kouřit cigarety, pokud by se klient dozvěděl, že musí zůstat ze zdravotních důvodů a nebo pokud by se nějaký důvod k zůstání ukázal. Grafické znázornění procentuálního rozložení viz graf č. 12.

Graf č. 12 Procentuální zastoupení možných motivací, které by přesvědčily klienta setrvat v léčbě



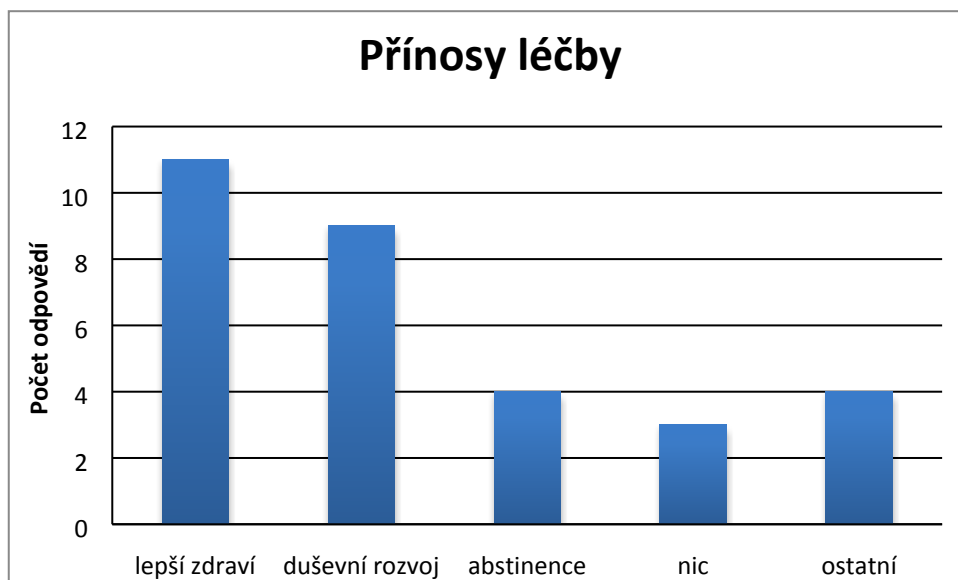
Na otázku, co klienta čeká venku, si více jak třetina klientů uvědomovala, že je čekají problémy s bydlením, ale většina klientů si představovala návrat zpátky do funkční reality. Klienti často zmiňovali více než jednu možnost. 14 klientů prohlašovalo, že je venku po reverzu čeká práce, 5 klientů očekávalo bydlení u rodičů a dalších 5 klientů se vracelo do partnerského života. Ostatní možnosti byly zastoupeny jen minoritně, byly to: pomoc rodičům (n=3), normální život (n=3), důchod (n=2), domov (n=2), volnost (n=2), stěhování (n=2) a prodej domu a osobní bankrot (n=1). Přehledně viz tabulka č. 6.

Tabulka č. 6 Počet odpovědí na otázku „Co klienta čeká venku po reverzu?“

Co klienta čeká venku	počet odpovědí (n)
práce	14
problémy s bydlením	11
bydlení u rodičů	5
partnerský život	5
pomoc rodičům	3
normální život	3
důchod	2
domov	2
volnost	2
stěhování	2
prodej domu a osobní bankrot	1

Poslední otázka mapovala pozitiva léčby z pohledu klienta. Většina klientů oceňovala zlepšení zdravotního (n=11) a duševního (n=9) zdraví. 4 klienti byli rádi, že abstinují. 3 klienti naopak nenašli žádná pozitiva léčby. Mezi odpověďmi se také objevilo 4 jednotlivé praktické či více abstraktní přínosy léčby: kontakt na sociální služby, výrobky z terapeutických dílen, změna zaměstnání pro udržení abstinence (z restauračního zařízení do méně rizikového prostředí), zastavení tahu (viz graf. č. 13).

Graf č. 13 Přehled počtu odpovědí na otázku, jaký přínos léčby klienti shledali



13.3 VÝSLEDKY ROZHOVORU PO STAŽENÍ REVERZU

V této kapitole přináším zpracovaná data ze záznamového archu č. 2 (viz Příloha č. 3), kam jsem zaznamenával odpovědi klientů, kteří se rozhodli stáhnout svůj reverz a zůstat v léčbě. Já jsem s nimi den po překonání krize vedl druhý polostrukturovaný rozhovor.

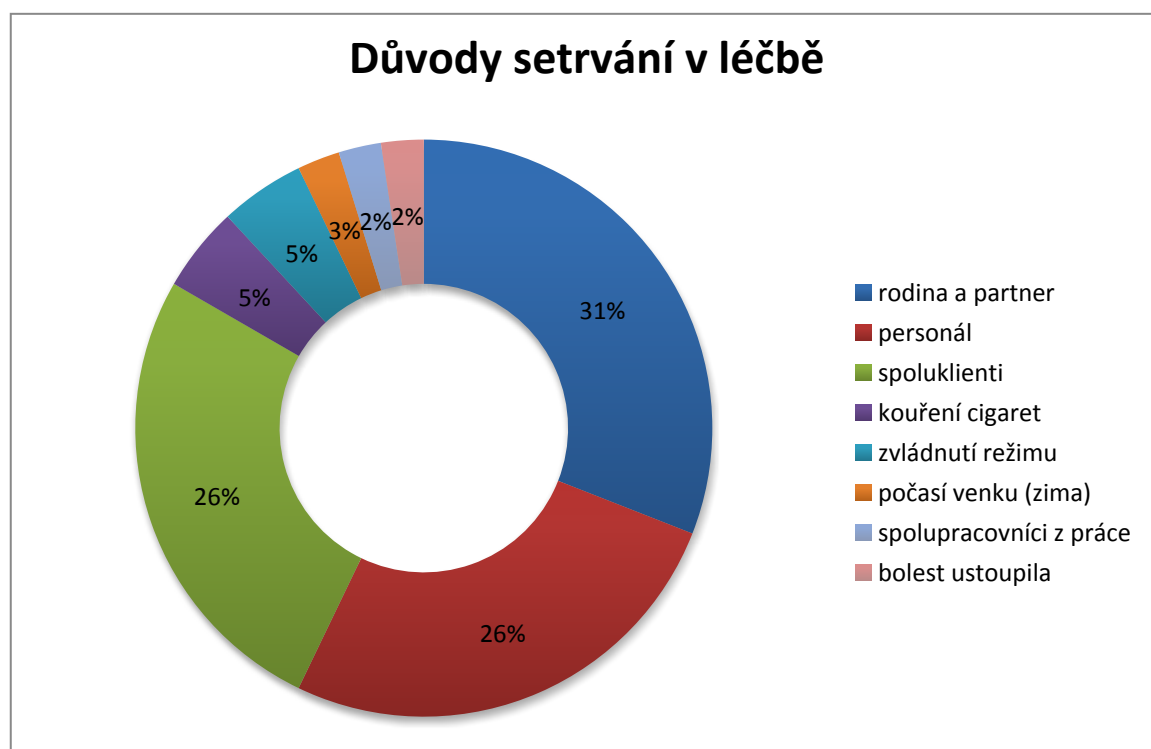
První otázka směřovala k tomu, zda je nyní klient, po překonání reverzových tendencí, na jak dlouho je odhodlán v léčbě setrvat. Naprostá většina (90%) klientů byla přesvědčena, že léčbu dokončí. Já jsem své klienty sledoval až do konce léčby, a tak bylo možné srovnat jejich vlastní očekávání s realitou. Léčbu řádně dokončilo 22 klientů, kteří si také mysleli, že léčbu dokončí. 6 klientů léčbu nedokončilo, i když v rozhovoru proklamovali přesvědčení řádně léčbu dokončit. 2 klienti správně odhadli, že léčbu nedokončí, a také ji nedokončili. A překvapivě 1 klient, který si myslel, že léčbu nedokončí, ji nakonec řádně dokončil. Přehledně viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 Odpovědi klientů na otázku, zda dokončí léčbu v porovnání s reálnými objektivními údaji

Odpověď	Realita	Počet
Dokončím	Dokončil	22
Dokončím	Nedokončil	6
Nedokončím	Nedokončil	2
Nedokončím	Dokončil	1

Otázka druhá směřovala ke zjištění, co klienty vedlo svůj odchod z léčby přehodnotit. Při této otázce se měli klienti zamyslet nad všemi možnými impulzy, které je vedly ke stažení reverzu. Více jak 80% (n=36) odpovědí zahrnovalo nějaký interpersonální vliv. Rodina a blízké osoby klienta se podíleli na motivaci zůstat v léčbě téměř 1/3 (n=13), ale ve více než polovině případů byl nejdůležitější vliv osob z léčby, shodně 26% (n=11) uvedlo vliv personálu a 26% (n=11) klientů uvedlo vliv spoluklientů. Naprosto minoritní byly jiné odpovědi: možnost kouření cigaret (n=2), zvládnutí režimu na oddělení (n=2), počasí venku – zima (n=1), spolupracovníci z práce (n=1), bolest ustoupila (n=1).

Graf č. 14 Procentuální zastoupení důvodů, které klienti uváděli jako důležité pro stažení negativního reverzu



Poslední otázka, která byla kladena klientům po rozmyšlení si odchodu z léčby, směřovala na uvědomění si pozitiv překonané krize. Všechny odpovědi se týkaly vnitřního prožívání a pochodů klientů. Kromě 3 klientů, kteří nedokázali najít žádný přínos krize, ostatní dokázali propojit překonání krizové situace s osobnostním růstem. 10 klientů vnímalo krizi jako možnost lepšího náhledu na vlastní závislost a pochopení významu abstinence pro jejich život. Dalších 10 odpovědí se dotýkalo úspěšného zvládnutí svých emocí a posílení sociálních dovedností. 7 klientů více důvěřovalo a porozumělo terapii. A 6 klientů si díky překonání krize posílilo sebevědomí a lépe se přijali. Procentuální vyjádření viz graf č. 15.

Graf č. 15 Procentuální zastoupení výčtu pozitiv, která klienti zaznamenali po překonání předčasného odchodu z léčby



14. DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo blíže se zaměřit na klienty závislé na návykové látce v ústavní léčbě, kteří přemýšlejí o předčasném ukončení léčby. Jak vyplývá z tohoto textu, předčasné ukončení léčby se pojí s častější recidivou a selháváním v osobním i pracovním životě. Důvody předčasného ukončení léčby jsou jednak na straně klienta, ale také na straně zařízení a personálu. Z výzkumů vyplývá, že zaměřit se na tyto „problémové“ klienty má smysl, neboť pokud cíleně intervenujeme u těchto klientů, riziko vypadnutí se sníží o 20 až 40 % (Kalina, 2003).

Ve výzkumném vzorku této práce bylo 31 klientů mužského pohlaví, hospitalizováno v psychiatrické nemocnici. Ve své práci jsem se zaměřil na vypadnutí z léčby, které již nespadá do kategorie časného vypadnutí z léčby (do 10 dnů od přijetí do léčby). Naopak, jedno z kritérií bylo, že klient musí být v léčbě minimálně 21 dnů, abych se více zaměřil na klienty, kteří mají již základní detoxifikaci za sebou a jsou v léčebném procesu plně ponořeni.

V první části svého výzkumu jsem sbíral anamnestická data o klientech zařazených do studie. Tato data jsem získal výlučně z anamnéz klientů, které byly sestaveny jejich ošetřujícími lékaři. Ve vzorku 31 mužů bylo nejvíce zastoupeno věkové rozmezí 31 až 50 let. Nejméně pak byla zastoupena nejmladší kategorie klientů (18-30 let). Protože tato studie nemá kontrolní skupinu těch, kteří nakonec odešli na negativní reverz předčasně z léčby, bylo by chybné tato sociodemografická data jakkoliv rovnocenně srovnávat s jinými zahraničními studiemi. V úvahách ale samozřejmě toto věkové rozložení může připomínat výsledky jiných výzkumů (Munguia, 2005; Wickizer et al., 1994), ve kterých vychází, že vyšší věk klienta může být protektivním faktorem před vypadnutím z léčby a naopak nižší věk klienta jako rizikový faktor k vypadnutí (Kalina, 2003).

Druhým parametrem, který jsem sledoval, bylo dosažené vzdělání klientů. Nejvíce byli zastoupeni středoškoláci, téměř rovnocenně buď s výučním listem, anebo s maturitní zkouškou. Ale i téměř čtvrtina klientů, kteří nakonec zůstali v léčbě, dokončili jen základní školu. Zde tedy žádné ani hypotetické závěry o možném protektivním faktoru vyššího vzdělání, nelze uvést. Na rozdíl od studie (Wickizer et al., 1994), kde vyšší vzdělání uživatelů bylo prokázáno jako protektivní faktor, nebo naopak, v některých studiích bylo nižší vzdělání označeno jako rizikový faktor vypadnutí z léčby (Brorson et al., 2013).

Více jak polovina klientů nikdy nebyla v manželském svazku, což se shoduje s výsledky studií Armeniana a kol. (1999) a Balla a kol. (2006), kde je tento sociodemografický údaj brán jako rizikový faktor vypadnutí. Dá se to také spojit s rizikovým faktorem nízké schopnosti vytvářet vztahy (Kalina, 2003). Ale přesto 4 klienti byli ženatí a 14 klientů žilo v pevném svazku se ženou a dohromady 17 klientů mělo zajištěné stálé bydlení. Na druhé straně, přes 70 % klientů bylo v době hospitalizace nezaměstnaných. Pouze z těchto sociodemografických indicií se nedá nijak vyčíst, zda partnerský svazek a jistota v bydlení a zaměstnání jakkoliv

napomáhala udržení v léčbě. Na rozdíl od studie Mertnese a Weisnera (2000), kde být nezaměstnaný je rizikovým faktorem vypadnutí z léčby.

Více jak polovina klientů uváděla, že má dluhy. Tento údaj je však velmi vágní a také jistě nepřesný, protože klienti mají ve finanční oblasti tendence velmi často lhát. Ale i v diplomové práci Věry Křenkové (2011) bylo prokázáno, že ani u gamblerů přítomnost dluhů nemá vliv na udržení se v léčbě.

Na druhé straně jen čtvrtina klientů ve výzkumném vzorku spáchala nějaký trestný čin. Naprostá většina klientů byla bezúhonná. To koresponduje s výsledky několika studií (Brorson et al., 2013; Claus et Kindleberg, 2002; Kalina, 2003), které ukazují, že kriminální činnost statisticky významně zvyšuje riziko předčasného odchodu z léčby.

Z dalších údajů, které jsem z anamnéz klientů sledoval, byla i osobní somatická anamnéza. Zde téměř polovina klientů uvedla, že někdy prodělala závažný úraz hlavy, téměř čtvrtina z nich zažila epileptický záchvat a téměř pětina klientů prodělala závažné infekční onemocnění. Tyto údaje z anamnéz jsou ale natolik povrchní a vágní, že jakákoliv interpretace těchto výsledků by byla zavádějící a zkreslující. Není mi známá ani žádná zahraniční studie, která by propojovala fyzické zdraví s udržením se v léčbě, kromě studie McKellara a kol. (2006), která se ale zaměřila na kognitivní deficit u klientů a jejich častější vypadnutí z léčby. Z obecného údaje „úraz hlavy“, který byl možný dohledat v dokumentaci klientů, ale nelze nijak vyvozovat o celkové kognici účastníků studie.

Sledování psychiatrické anamnézy klientů ukázalo, že více jak 80 % klientů již někdy bylo v kontaktu s psychiatrickou péčí a že více jak polovina z nich užívá psychiatrické léky. Tato čísla by mohla napovídat, že u řady z klientů byla zachycena psychiatrická komorbidita, ale na druhé straně je běžnou praxí, že se psychiatrická medikace (zejména antidepresiva), podávají i u závislých (Racková, Janů, 2008) a není jasně stanovena další diagnóza klienta. Tyto údaje jsou tedy velmi nepřesné a v případě prohlubování výzkumu v budoucnu by bylo velice přínosné nejprve konkretizovat, za jakým účelem byl psychiatrický kontakt uskutečněn (problémy spojené se závislostí či jiné obtíže) a dále by bylo vhodné se zaměřit na přesnější diagnostikování psychiatrické komorbidity u závislých klientů. Poté by se tato data dala dále srovnávat se studiemi, které ukazují, že psychiatrická komorbidita je rizikovým faktorem pro vypadnutí z léčby (Fernandez-Montalvo, López-Goni, 2010; Meier, Barrowclough, 2009; Schulte et al., 2010).

Vcelku zajímavé bylo zjištění, že rodiče našich klientů jsou somaticky velmi zdraví. 65 % matek bylo zcela zdravo a téměř 60 % otců bylo také zcela zdravo. Předpokládal bych, že klienti často pocházejí z rodin, ve kterých zdravotní stav není prioritou a nedbá se příliš na prevenci a zdravý životní styl. Podle výsledků se ale zdá, že tato má úvaha není podložena na faktech. Co se týče výskytu závislostí v rodině, tak 6 klientů mělo otce alkoholika a 1 klient měl závislou matku. To vcelku podporuje i výzkumy z oblasti genetiky, které ukazují, že geny ovlivňují závislost ze 40% až 60 % (Šerý, 2007), a že závislost se dědí po linii otec-syn a matka-dcera (Šerý, 2007). Také to částečně může podporovat teorii vzniku závislosti

vlivem mikroprostředí (Váchová et al., 2009); v rodině, kde se vyskytuje závislý, vzniká tzv. model nemoci rodiny, který je pak rizikovým faktorem pro vznik závislostí u potomků. Na druhé straně, jen 3 klienti měli závislého sourozence, což je z celkového počtu vcelku zanedbatelné číslo a teorii o vlivu mikroprostředí to do velké míry nepotvrzuje. Pokud jsem rozšířil pátrání po psychiatrických onemocněních jak do diagnóz, tak do šíře rodiny (až do 2. větve), výskyt psychiatrických onemocnění se objevil u 55 % klientů. Dá se předpokládat, že tedy u velké části zde byla již psychiatrická zátěž z rodiny, což odpovídá také výsledkům studie Rounsaville a kol. (1991), kde uživatelé opiátů měli signifikantně častěji psychiatrické onemocnění (alkoholismus, závislost na drogách, deprese a disociální porucha osobnosti) v anamnéze u příbuzných

V poslední části získávání dat z anamnéz klientů jsem se zaměřil na údaje spojené se závislostí. Čtvrtina klientů byla v léčbě poprvé, většina klientů tedy již měla zkušenosti s ústavní léčbou v minulosti. Prvoléčba se i v některých studiích považuje za rizikový faktor vypadnutí z léčby (Kalina, 2003). Identifikování hlavní drogy klientů nebylo ve většině případů příliš jasné, za „čistě“ závislé na alkoholu se dalo předpokládat 39 % klientů a 1 klient byl závislý pouze na pervitinu, více jak polovina klientů tedy měla polydrogovou závislost v různých kombinacích s alkoholem (drogy, léky na předpis a gambling). Závislost na více návykových látkách se ve studii (Brorson et al., 2013) objevuje jako rizikový faktor předčasného vypadnutí z léčby, v mém vzorku však nelze vystopovat žádnou jasnější domněnku.

Nejsem si vědom žádné studie, která by se zabývala klienty, kteří přemýšlí o předčasném odchodu z léčby, ale nakonec v léčbě setrváli. Proto propojení mých výsledků s jinými výzkumy budou spíše na základě domněnek a inspirací, které mě k tématu vypadnutí z léčby oslovily. S klienty jsem hovořil dvakrát, individuálně. Poprvé, když byla zaznamenána aktivita k předčasnému odchodu z léčby na straně klienta. Ta se mohla projevit buď prohlášením na skupinové či individuální terapii, během komunity, či zápisem v deníku, nebo podáním písemného negativního reverzu lékaři.

Protože i zařízení, ve kterém pracuji, využívá některé ze zadržovacích technik, jak jsou popsány výše, zejm. pak povinný pohovor s lékařem či terapeutem, poskytnutí času na rozmyšlení, nabádání k telefonátu blízkým osobám, vyjednávání o možnosti ještě vydržet do příštího rána a rozloučit se na komunitě či ve skupině, měl jsem prostor vést s každým klientem polostrukturovaný rozhovor v délce cca 30 minut. Nejprve jsem se zaměřil na údaj, jak dlouho již o podání negativního reverzu přemýšlí. Více jak polovina klientů (58%) nepřemýšlela déle než 2 dny, což by potvrzovalo výsledky jiných studií (Stevens et al., 2014; Thylstrup, Hesse, 2016), které poukazují na fakt, že vypadnutí z léčby je většinou založeno na impulzivité klienta. Na druhé straně je ale důležité podotknout, že téměř pětina klientů se rozmyšlela déle než týden, což svědčí o tom, že tento krok měli hodně rozmyšlený, a přesto nakonec v léčbě dokázali setrvat.

Klíčovou otázku, proč chtějí odcházet z léčby, jsem nechal zcela otevřenou, a přesto se velice jasně spontánně vytvořilo 6 hlavních důvodů. Protože otázka byla volná, mohli klienti

vyjmenovat více impulzů k odchodu z léčby. Naprostá většina důvodů odchodu byly interpersonální vztahy, stejnou měrou konflikty s personálem či režimem a spoluklienty – tuto položku klienti uváděli v polovině případů. To odpovídá i dalším studiím (Kalina, 2003; Palmer et al., 2009) které poukazují na fakt, že problémy v interpersonálních vztazích jsou jedním z nejdůležitějších důvodů předčasného odchodu z léčby – zejména z pohledu samotných klientů. Dalším silným popudem k odchodu na negativní reverz byly silné chutě a emoce spojené s cravingem (bažením). Jak Kalina (2003) uvádí, problémy spojené s drogou patří mezi tři nejdůležitější důvody odchodu z léčby. Posledním důvodem bylo klientovo přesvědčení, že léčbu již nepotřebuje. Tento výrok by se dal interpretovat mnoha způsoby, buď si klient nebyl vědom nástupu cravingu, nepřipustil si interpersonální problémy v léčbě, nebo od začátku léčby neměl dostatečnou motivaci k abstinenci a k řádnému dokončení léčby. Pokud by se jednalo o poslední ze zmíněných důvodů, zde by jistě pomohlo hlubší zkoumání motivace klienta ke střednědobé ústavní léčbě na konci detoxifikačního období, abychom tyto ne příliš motivované klienty neudržovali zbytečně v drahé lůžkové péči, ale spíše je nasměrovali na docházkové programy, které by mohly lépe pracovat s klientovou fází motivace ke změně – jak nastiňuje i studie Berga a Dhopeshe (1996). Jeden jediný klient uvedl důvod odchodu své zdravotní obtíže, ale protože naše oddělení samozřejmě poskytuje komplexní nemocniční péči, i tento důvod je velmi pravděpodobně kamufláží důvodů jiných.

Pro mě velmi překvapivým výsledkem bylo to, že 81 % klientů uvedlo, že by byli ochotni svůj odchod odložit. Nepředpokládal jsem, že toto číslo by mohlo být tak vysoké, protože jsem v tu dobu hovořil s klienty, kteří procházeli akutní krizí, nejistotou, cravingem a velkou zátěží. Jsem zvyklý, že tito klienti jsou často velmi negativističtí, v odporu, agresivní a dobře nespolupracují. O to víc se nyní domnívám, že personál si o „reverzovém“ klientovi často buduje spoustu předsudků a postojů, a tak předem vzdává možnost klienta udržet v léčbě a tím nevydává potřebnou energii k tomu, aby byl takovýto klient v krizové situaci vyslechnut a podpořen, což nakonec většinou stačilo k tomu, aby si předčasný odchod z léčby rozmyslel. Potvrdilo se tedy to, co Kalina (2003) popsal jako „značkování“ obtížných klientů jako neperspektivních, což vede na straně zařízení k vyššímu nárůstu vypadnutí z léčby.

Dále jsme se v rozhovoru podrobně věnovali možnostem, které by klienta přesvědčily zůstat. Má snaha byla podchytit jeden hlavní důvod, proč by byli ochotni setrvat. Pro mě opět překvapivé zjištění bylo, že pro více jak čtvrtinu klientů by byl dostačující důvod pohovor s lékařem nebo terapeutem. Což nás opět přivádí na stejnou myšlenku, jako minulá odpověď, že jen hlubší zájem ze strany personálu v mnoha případech stačí k odvrácení reverzových tendencí. Více jsem pak předpokládal odpovědi, které byly také vcelku čteně zastoupeny a to smlouvání o mimořádnou propustku, která se ale dala často v rozhovoru nahradit jen na setkání s blízkou osobou přímo na oddělení. Šest pacientů nenašlo během našeho rozhovoru žádný důvod, který by je přiměl zůstat. A přesto nakonec v léčbě zůstali. Jen dva pacienti by uvítali, kdyby se personál vložil do řešení vztahů se spoluklienty. Na druhé straně je to požadavek zcela adekvátní a realizovatelný ze strany personálu. Objevily se i nereálná přání jako překlad na jiný pavilon, lepší knihovna a toaleta, ale i přání realizovatelná jako poslech hudby, možnost si jít častěji zakouřit, odpočinek navíc. Jeden klient by zůstal, jen pokud by

lékař represivně zasáhl a informoval ho, že jeho zdravotní stav není natolik dobrý na propuštění. Celkově ale klienti odpovídali velice racionálně, měli zvědomené potřeby, které by jim v době krize pomohly, byly to povětšinou splnitelné požadavky ze strany zdravotnického zařízení, a tak zadržovací technika vyjednávání (o odkladu, o podmínkách setrvání (Kalina, 2008) by byla v naprosté většině efektivní metodou.

Předposlední otázka v rozhovoru byla technikou spíše terapeutickou, mým cílem bylo zaměřit klientovu pozornost na realitu, uvědomění si svého stavu a zvážení toho, jak je na pobyt venku aktuálně připraven. Myslím si, že u této otázky byli klienti povětšinou v odporu, protože svou budoucnost mimo léčbu ve dvou třetinách odpovědí líčili jako velmi pozitivní a pěknou – ať už je venku čekala práce, partneři, pomoc rodičům, nebo takové vágní odpovědi jako normální život, domov a volnost. Jen třetina z nich si uvědomovala, že je očekávají problémy s bydlením či osobní bankrot v jednom případě. Přestože by se mohlo zdát, že odpovědi klientů výzkumně nejsou nijak zajímavé a nepřináší mnoho nových informací, já doufám, že tato otázka je vedla k opravdovému introspektivnímu zamyšlení nad sebou, svou závislostí a svým aktuálním stavem a přispěla k zvědomění toho, že negativní reverz není správným řešením.

I má poslední otázka měla povětšinou charakter terapeutický, protože uvědomění si toho, co pozitivního mi léčba přinesla, může klientovu negaci a odpor zmírnit, pokud si sám upřímně na tuto otázku odpoví. A přestože jsem očekával především negativní až konfliktní odpovědi, náhled klientů byl vcelku dobrý. 11 klientů oceňovalo zlepšení fyzického a 9 klientů zlepšení duševního zdraví. 4 klienti byli rádi, že díky léčbě dokázali abstinovat a jen 3 klienti během našeho rozhovoru nedokázali najít žádné pozitivum. Ostatní odpovědi (kontakt na sociální služby, výrobky z dílny, změna zaměstnání, zastavení tahu) se objevily ojediněle a byly zaměřeny jen jedním směrem. I když tyto odpovědi zřejmě nevedou k jasným výzkumným závěrům, já osobně jsem si na nich znovu potvrdil své předsudky, které se týkaly chování klientů v reverzovém období odporu.

Po stažení negativního reverzu jsem následující den provedl s klienty obdobný, cca 30minutový, pohovor. V první řadě jsem se ptal na to, jestli si po překonání krize myslí, že léčbu dokončí. 90 % klientů bylo velmi optimistických a tvrdilo, že řádně léčbu dokončí. Více jak čtvrtina klientů (téměř 28 %), kteří si mysleli, že léčbu dokončí, nakonec přece jen z léčby vypadli. 3 klienti si i den po překonání reverzové krize mysleli, že léčbu nedokončí, z toho jeden nakonec léčbu dokončil. 26 % klientů tedy nakonec léčbu řádně nedokončili.

Když jsem se podrobněji podíval na anamnézy klientů, kteří předčasně odešli z léčby, u všech (n=8) byly zřejmé problémy s bydlením – 3 byli bezdomovci, ostatní bydleli u své matky nebo u kamarádů. 63 % z těchto klientů bylo v minulosti trestně stíháno. 7 klientů z 8 bylo aktuálně bez delšího partnerského vztahu. A také stejný počet (n=7) klientů bylo v léčbě již opakovaně. Jiné nápadné podobnosti jsem v anamnéze nezaznamenal. Tabulka č. 8 shrnuje nápadné podobnosti klientů v anamnestických datech.

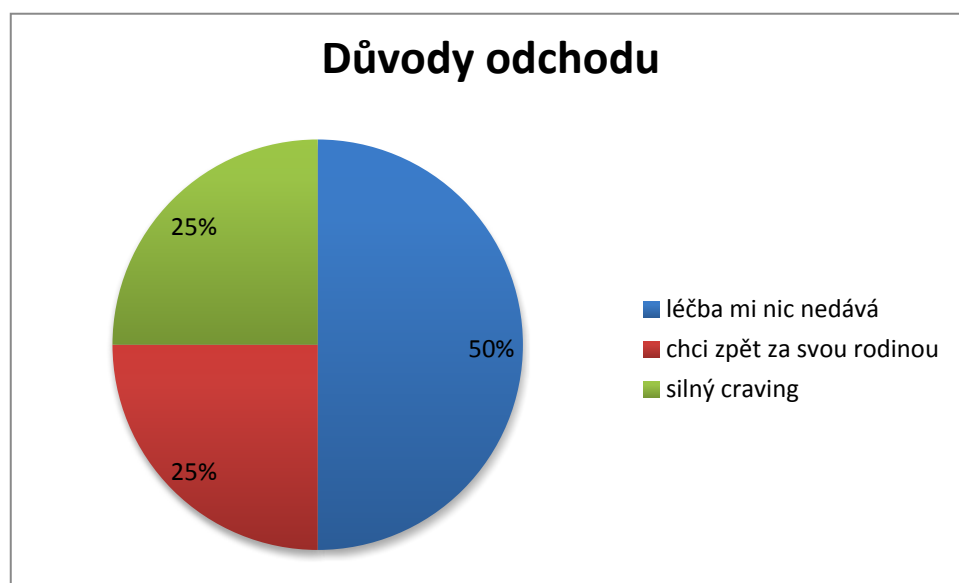
Tabulka č. 8 Hlavní podobnosti v anamnestických datech u klientů, kteří nakonec předčasně opustili léčbu.

Společné anam. údaje	Počet klientů (v %)
problémy s bydlením	100%
kriminální minulost	63%
bez partnerského vztahu	88%
opakovaná léčba	88%

Klienti (n=3), kteří si mysleli, že léčbu nejsou schopni dokončit, přemýšleli o podání negativního reverzu delší dobu (nejméně 4 dny). Klienti (kromě jednoho, tedy n=5), kteří věřili v řádné dokončení, přemýšleli o ukončení v řádu 1 až 2 dnů. Mohlo by se tedy zdát, že klienti, kteří delší dobu rozmyšleli svůj odchod z léčby, více vědomě pracovali se svou motivací a lépe vyhodnotili svůj stav a chuť v léčbě zůstat než ti, kteří se rozhodovali více impulzivně.

Důvody odchodu těch klientů, kteří nakonec stejně předčasně vypadli z léčby, byli pokaždé jiné než interpersonální konflikty. 2 klienti již chtěli zpět za svou rodinou, 2 klienti uvedli silné bažení a 4 klientům léčba vůbec nic nedávala. Polovina klientů tedy měla k léčbě spíše pesimistický postoj, což se považuje i v jiných výzkumech jako rizikový faktor (Kalina, 2003). Procentuální zastoupení důvodů odchodu shrnuje graf č. 16.

Graf č. 16 Procentuální zastoupení důvodů klientů, kteří nakonec léčbu řádně nedokončili



Zajímavé je, že všech 8 klientů mělo pocit, že je venku po předčasném ukončení léčby čeká normální, běžný život, na který se vlastně těší, nebyly vyjádřeny žádné pochybnosti. 7 klientů také vidí přínos v léčbě především v tom, že se dali dohromady pouze zdravotně, nebo zastavili akutní krizi (přílišné užívání návykové látky), 1 klient neviděl přínos léčby v ničem.

Tento vzorek klientů, kteří sice reagovali dočasně na zadržovací techniky, ale i přes péči a pozornost personálu i okolí, léčbu nedokončili, je opravdu velmi malý. Přesto se mi zdá, že i v tomto počtu 8 klientů jsou vcelku hezky naznačeny znaky, které je spojují.

Pokud se vrátím k interpretaci výsledků z druhého pohovoru po stažení negativního reverzu, rád bych se zaměřil především na otázku druhou, tedy co jim pomohlo v léčbě zůstat. Více jak 80 % klientů udalo nějaký interpersonální vliv. Mohlo by se zdát, že nejvíce klienty ovlivnil pohovor se svými blízkými, stejně jako to vychází ve studii Stanton (1997), že rodina je nejdůležitější (vedle zákonné moci) v udržení klienta v léčbě. Ale podle odpovědí rozhovor s blízkou rodinou pomohl ve třetině případů, ale ve více jak čtvrtině případů klientům pomohl pohovor s někým z personálu a stejně (26 %) pomohl rozhovor s někým ze spoluklientů. Ostatní odpovědi byly opravdu jen okrajové. Opět tyto odpovědi jasně ukazují, že zvýšená pozornost ze strany zařízení ke klientům, kteří se nacházejí v akutní krizi a mají únikové myšlenky, je smysluplná a přináší výsledky.

Má poslední otázka po rozhodnutí setrvání v léčbě měla opět spíše terapeutický rozměr. Zajímalo mě, zda a jaké přínosy vidí v překonání krize. Jen 3 klienti nedokázali identifikovat žádný přínos rozmyšlení si odchodu. Nejvíce a stejnou měrou klienti oceňovali, že dokázali lépe nahlédnout na svou závislost a také, že se jim podařilo pracovat se svými emocemi a posílili tak své sociální dovednosti. Téměř 20 % klientů po překonání reverzových tendencí začalo více důvěřovat a lépe chápat terapii a 17 % klientů mělo pocit posílení vlastního sebevědomí. Z odpovědí se zdá, že zvládnutí akutního stresu a krize, potažmo jasného bažení, v chráněném prostředí ústavní léčby, vede klienty k lepšímu náhledu a osobnostnímu růstu. Jak vyplývá i z jiných studií (Kalina, 2003; Tibenská et al., 2008), předčasný odchod z léčby vede k recidivě až v 95 % případů. Proto je pravděpodobné, že pokud by tito klienti nakonec odešli z léčby, většina z nich by velice rychle přestala abstinovat. Ale na druhé straně, pokud tuto krizi překonali v léčbě, zároveň si tuto situaci mohli rozebrat s terapeutem v individuálním pohovoru, vedlo to k lepší spolupráci, náhledu a důvěře v terapeutický proces.

Tato studie má několik limitů a omezení. Jednak výzkumný vzorek čítající 31 klientů je vcelku malý počet, aby se z výsledků daly vyvozovat jednoznačné závěry. Spíše se tato studie snažila nastínit proces udržení klienta v léčbě, který měl reverzové tendence. Snažil jsem se především mapovat průběh jednotlivých kroků, zachycovat myšlenkové pochody klientů a více se přiblížit ke klientům, kteří jsou riziková z pohledu vypadnutí z léčby. Výsledky mé

práce mohou být zkreslené z několika důvodů. Předně jsem pracoval i s klienty, kteří nepatřili do mé skupiny, a tak jsem s nimi neměl navázaný tak těsný terapeutický vztah. Nedokážu ale říct, jak tento fakt přesně mohl ovlivnit klienta. Na jedné straně jsme neměli vybudovanou dostatečně blízkou alianci, na druhé straně ale klient pocítil zájem a pozornost i od někoho dalšího z týmu, který ho nemá „přiděleného“. Také se mohlo stát, že klient prožíval konflikt se svým terapeutem či ošetřujícím lékařem, a tak mu pohovor s někým „nestranným“ mohl pomoci podívat se na konflikt z jiné strany a bez přidáných emocí. Proto nedokážu říct, zda tento postup byl nesprávný, ale určitě mohl být zkreslující.

Dalším zkreslením výsledků určitě došlo tím, že klienti věděli, že tento pohovor se vede v rámci mé diplomové práce, probírali jsme nějaký čas společně celý informovaný souhlas, museli tento formulář podepsat a já jsem si během celého sezení psal poznámky, což není jinak mou běžnou praxí. Jak tento fakt ovlivnil klienta, mi není známo. Mohlo ale dojít k tomu, že mohli poskytovat odpovědi, které jsou „sociálně žádoucí“, mohli také (pokud jsme měli blízký vztah) mi chtít vyhovět a odpovídat tak, jak bych si to já sám přál, nebo aby mi „můj výzkum“ nepokazili. Naopak někteří mohli tento pohovor brát tak, že se jim věnuji pouze z důvodu vlastního prospěchu a jinak bych si čas na ně neudělal. Někteří mohli celý proces trochu paranoidně zpracovat tak, že jsou jen „pokusní králíci“. Naopak ale mohli mít také pocit exkluzivity, že jsou pro někoho důležití. Pokud to byl klient z mé léčby, mohl se cítit výlučně až spojenecky. Také to mohla být kombinace více pocitů a postojů z výše uvedeného, ale jsem si vědom toho, že určitým způsobem to byla pro klienty zátěž. Na druhé straně tato zátěž je vždy přítomná v jakémkoliv jiné studii či výzkumu, nelze to nijak obejít, a tak se s ní výzkumník musí smířit.

Myslím si, že metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena vhodně, protože kombinovala prvky terapeutické, které jsou v zadržovacích technikách nutné, a výzkumné, kdy jsem se držel pevně jádrových otázek, na které klienti museli odpovídat. Také se domnívám, že mé zapisování bylo méně rušivé a stresující, než kdybych klienty nahrával na audiozařízení. Zdálo se mi, že zátěž z toho, že je navždy někde nahrán jejich hlas a odpovědi v krizovém momentu v léčbě, by byla příliš vysoká. Určitě by se jádrové otázky daly dále rozšířit na další oblasti zájmu. Dále jsem přemýšlel, zda otevřená otázka, která se ptala na důvody předčasného odchodu, byla tou správnou volbou. Sice se odpovědi zpětně daly zařadit vcelku nenásilně do šesti kategorií, ale je otázkou, zda jsem neměl především zjišťovat hlavní důvod odchodu z léčby. Možná by se pak výsledky daly lépe srovnávat s jinými studiemi. Na druhé straně si nejsem jist, zda je vůbec možné identifikovat jeden jediný důvod odchodu z léčby a ostatní, i když přídatné a minoritní, důvody vypustit a zcela ignorovat.

Dalším limitem mé studie byla práce s anamnestickými daty klientů. Zpětně hodnotím jako nedostatek, že jsem některá anamnestická data více neprobíral se samotnými klienty, nezpřesňoval údaje zanesené do anamnézy, která se sbírá v prvních dnech hospitalizace. Informace v anamnézách klientů jsou vždy zkreslené a ne zcela objektivní údaje. Klienti často vědomě i nevědomě manipulují s informacemi o sobě za účelem ochrany sebe (např. zachování řidičského průkazu, obavy z jiného zacházení, pokud vyjde najevo, že jsou

bezdomovci apod.), ale i ochrany své rodiny a blízkých. Často totiž klienti dají souhlas s poskytováním údajů blízkým, kteří by se pak mohli dozvědět informace, které jim klient celou dobu tajil – dluhy, kriminální minulost, užívání více návykových látek apod. Je ale také pravděpodobné, že pokud bych anamnestická data procházel s klienty osobně, kdy už je důvěra více vybudována a jsou v léčbě delší dobu, údaje by mohly být přesnější.

Možná by bylo přínosné pro tento výzkum zaznamenat, jakým způsobem byly reverzové tendence projeveny ze strany klientů – zda podali negativní reverz písemně, zmínili se v deníku či na skupině a jiné. Pokud by se v tomto projektu dále pokračovalo, mohlo by to při větším počtu zařazených klientů možná mít i propojení s jinými sledovanými údaji (např. čas rozmýšlení před podáním reverzu).

Celkově by této výzkumné studii výrazně pomohlo, kdyby sbíraná data byla na větším vzorku klientů. Jednak by se daly lépe potvrdit nastíněné trendy a zároveň by se mohla sledovat i skupina klientů, které se podařilo zadržet v terapii, ale stejně nakonec léčbu řádně nedokončili. V mém vzorku takových klientů bylo 8, umím si představit, že již při zdvojeném počtu by výsledky mohly mít větší váhu. Druhá srovnávací skupina by také mohla být vytvořena z klientů, se kterými byl zadržovací pohovor proveden, a přesto z léčby odešli. Ze začátku sběru dat jsem tyto ambice měl, ale procento těch, kteří okamžitě odešli, bylo tak malé, že by sběr dat trval daleko déle, než byl časový rámec této studie (8 měsíců). Určitě by ale srovnávací skupina byla velice přínosná při interpretaci získaných výsledků.

Výsledky studie přinášejí ojedinělý pohled na průběh zadržovací techniky klienta, který si přeje předčasně odejít z léčby. Tento pohled na fenomén vypadnutí z léčby je ojedinělý, přesto nám přináší důležité informace přímo od klientů. Především pak to, že snaha udržet klienta v léčbě ze strany zařízení a personálu, se velmi často vyplácí. V mnoha případech není za potřeby vykonat více, než dát klientovi prostor a čas pohovořit si o svém problému s odborníkem, prozkoumat jeho motivace a reálné dopady předčasného odchodu, klientovi vyjádřit podporu a zájem, v některých případech ukázat dobrou vůli a umožnit např. návštěvu blízkých, povolit telefonát či klientovi umožnit výjimečný odpočinek. Tyto informace jsou důležité především pro odborníky, kteří denně pracují se závislými, a často si vytvořili vlastní předsudky, či postoje, které jsou k zadržování takto rizikových klientů skeptičtí. Tento výzkum by se dále mohl rozšířit o srovnávací skupiny klientů, buď těch, kteří i po „zadržení“ v léčbě, nakonec přece jen řádně léčbu nedokončili, nebo naopak o skupinu klientů, na které „zadržovací techniky“ neplatili. Další výzkum by se také mohl ubírat směrem k vylepšení zadržovacích technik a v procesu s klienty zkoumat, které techniky, popř. dotazy a terapeutické nástroje, jsou přínosné pro klienty a které nikoliv. Vyvíjení těchto technik, které by byly podloženy výzkumem, by jistě byly dobře šiřitelné do dalších zdravotnických zařízení, kde by se mohly využívat a procento vypadnutí z léčby by se mohlo snížit. Předností těchto technik je především to, že nejsou nijak finančně ani časově náročné a jejich efektivita by mohla být dobře měřena. Druhou, hlavní předností zadržovacích technik, je pak reálné snížení předčasných odchodů z léčby, a tím i možnost poskytnout kvalitnější péči a snížit procento recidiv.

15. ZÁVĚR

Tato diplomová práce měla za cíl podrobněji zmapovat fenomén předčasného vypadnutí z léčby u klientů se závislostí, zejména ve střednědobé ústavní léčbě. Z anamnéz klientů, kteří nakonec překonali (alespoň dočasně) reverzové tendence, jsme zjistili, že v 90 % byli především vyššího věku (více jak 31 let), většina z nich (74 %) nikdy nespáchala žádný trestný čin, 84 % klientů bylo před léčbou v kontaktu s psychiatrickou péčí a 74 % klientů bylo v léčbě již opakovaně. Výrazné shody mezi těmito klienty se naopak neprojevily v dosaženém vzdělání, rodinném stavu, zaměstnanosti, v bydlení, zadluženosti, nemocnosti, rodinné anamnéze ani v preferované návykové látce.

Nejčastějším důvodem předčasného odchodu z léčby klienti uváděli interpersonální konflikty, shodně ve čtvrtině případů vinili ze svého odchodu konflikty s personálem či režimem oddělení a ve čtvrtině případů konflikty se spoluklienty. Třetí nejvýznamnější důvod byl craving (bažení). Další důvody k odchodu byl pocit, že léčbu již nepotřebují, nemají finance a zdravotní důvody.

V krizovém momentu možného odchodu klienti léčbu hodnotí přínosnou především ve zlepšení zdravotního a duševního zdraví – v 65 % odpovědí. Jen 13 % klientů bylo rádo, že abstinují a 10 % klientů nenašlo žádné pozitivum léčby před odchodem z léčby.

Fakt, že klienti překonali reverzové tendence a nakonec zůstali v léčbě, většinou dokázali propojit s osobnostním růstem. V 28 % případů získali lepší náhled na svou závislost, ve 28 % měli pocit, že dokázali lépe pracovat se svými emocemi, v 19 % začali více důvěřovat v terapeutický proces, v 17 % si zvýšili sebevědomí a jen 8 % klientů nedokázalo identifikovat žádný přínos stažení negativního reverzu.

Z pohledu klientů měl největší vliv na jejich setrvání v léčbě kontakt s jiným člověkem. Téměř ve třetině případů (31 %) je ovlivnil někdo blízký z rodiny, ve čtvrtině případů (26 %) je ovlivnil někdo z personálu a stejnou měrou (26 %) jim pomohl kontakt se spoluklientem.

Téměř 26 % klientů přesto léčbu řádně nedokončilo. Tito klienti měli společných několik znaků, všichni měli problémy s bydlením, 63 % bylo v minulosti trestně stíháno a 7 klientů z 8 nemělo žádný partnerský vztah a stejný počet byl v léčbě opakovaně. Všichni tito klienti také uváděli jiné důvody k odchodu z léčby, než byly interpersonální konflikty. Též všech 8 klientů uvádělo, že po předčasném odchodu z léčby je čeká normální, běžný život bez výraznějších komplikací. A 88 % klientů vidělo přínos v léčbě jen v tom, že se jejich zdravotní stav zlepšil.

Klienti (n=3), kteří si po překonání krize nevěřili, že řádně dokončí léčbu, přemýšleli o podání negativního reverzu déle než 4 dny, přesto jeden z nich léčbu řádně dokončil. Naopak naprostá většina (83 %) klientů, kteří sice věřili v řádné dokončení léčby, ale nedokázali to, se rozmýšleli maximálně 48 hodin.

Práce především přinesla zjištění, že zadržovací techniky v léčbě závislostí fungují i v českých podmínkách střednědobé ústavní léčby. Byly naznačeny některé specifické charakteristiky klientů, kteří jsou potenciálně riziková k vypadnutí z léčby, a které korespondují s některými zahraničními studiemi. Interpersonální konflikty s personálem a spoluklienty byly hlavním důvodem zvažování předčasného odchodu. Ale na druhé straně byl zjištěn i silný vliv personálu a spoluklientů na setrvání v léčbě. Většina klientů dokáže i v největší krizi ocenit přínos léčby pro jejich fyzické i duševní zdraví. A překonání krize je pro klienty vnímáno nejen jako svůj vlastní osobnostní růst a lepší náhled, ale také jako získání větší důvěry v terapeutický proces. Všechny cíle práce byly tedy naplněny.

Zdá se tedy, že zvýšená pozornost a péče k potenciálně rizikovým klientům, větší důraz na řešení a komunikaci konfliktů na oddělení, využívání zadržovacích technik v léčbě a poskytnutí prostoru klientovi o své krizi mluvit a přemýšlet, přináší vyšší procento úspěšně dokončených léčeb.

16. POUŽITÁ LITERATURA

- Armenian, S. H., Chutuape, M. A., Stitzer, M. L. (1999). Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug And Alcohol Dependence*, 56(1), 1-8. [http://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00027-7](http://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00027-7)
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Berg, B. J., Dhopes, V. (1996). Unscheduled Admissions and AMA Discharges from a Substance Abuse Unit. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 22(4), 589-593. <http://doi.org/10.3109/00952999609001683>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R. (2011). Engaging Substance Abusers After Centralized Assessment: Predictors of Treatment Entry and Dropout. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 34(1), 25-31. <http://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399933>
- Comer, R. J. (c1998). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: W.H. Freeman.
- Copeland, J., Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Addiction*, 87(6), 883-890. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01983.x>
- Černá, M. (2011). *Rituál při úspěšném ukončení léčby závislosti v terapeutické komunitě pohledem klienta* (Bakalářská práce). Praha.
- Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C. -I., Kelly, P. J. (2012). Predicting Dropout in the First 3 Months of 12-Step Residential Drug and Alcohol Treatment in an Australian Sample. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 73(2), 216-225. <http://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.216>
- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356. <http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. (2006). Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (3. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum.

Dvořáček, J. (c2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 195-200). Praha: Úřad vlády České republiky.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 29(03), -. <http://doi.org/10.1017/S1352465801003113>

Fernandez-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research*, 18(4), 433-441. <http://doi.org/10.3109/16066350903324826>

Frouzová, M. (c2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 124-129). Praha: Úřad vlády České republiky.

Ghouchani, H. T., Niknami, S., Aminshokravi, F., Hojjat, S. K. (2014). Social Support: The Main Factor for Retention of Addiction Treatment. *Health Education And Health Promotion: Special For Virtual Conference Of Health Education & Promotion*, 2(2), 43-50.

Gilchrist, G., Langohr, K., Fonseca, F., Muga, R., Torrens, M. (2012). Factors associated with discharge against medical advice from an inpatient alcohol and drug detoxification unit in Barcelona during 1993-2006. *Heroin Addiction And Related Clinical Problems*, 14(1), 35-44.

Göhlert, F. -C., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar.

Grella, C. E. (1999). Women in Residential Drug Treatment: Differences by Program Type and Pregnancy. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved*, 10(2), 216-229. <http://doi.org/10.1353/hpu.2010.0174>

Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 41-51). Praha: Grada.

Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Heller, J., Pecinovská, O. (Eds.). (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.

Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.

- Hosák, L., Csémy, L., Preiss, M., Čermáková, E.. (2005). Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby u závislých na metamfetaminu. *Čes. A Slov. Psychiat.*, 101(2), 82-87.
- Höschl, C. (1996). Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 75(9), 485-489.
- Johnstone, E. C. (2010). *Companion to psychiatric studies* (8th ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2003). Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. In: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp-110-116). Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- Křenková, V. (2011). *Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů s diagnózou patologické hráčky v Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích v období 2001-2010* (Bakalářská práce). Praha.
- Leblond, J., Ladouceur, R., Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal Of Clinical Psychology*, 42(2), 205-209. <http://doi.org/10.1348/014466503321903607>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal On Addictions*, 21(1), 78-85. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Martinove, M. (2015). Závislosti v DSM-5. *Psychiatrie Pro Praxi*, 16(1), 6-8.
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31(3), 450-460. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.024>
- Meier, P. S., Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs: Education, Prevention And Policy*, 16(1), 7-38. <http://doi.org/10.1080/09687630701741030>
- Mertens, J. R., Weisner, C. M. (2000). Predictors of Substance Abuse Treatment Retention Among Women and Men in an HMO. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*, 24(10), 1525-1533. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04571.x>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., et al. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR.

- Munguia, F. (2005). *Substance Abuse Treatment Outcome and Family/Social Relationships* (dizertační práce). La Verne, California.
- Nešpor, K. (2011). Závislost na alkoholu - diagnostika a léčba dnes. *Psychiatrie*, 15(3), 154-159.
- Nešpor, K. (2006). *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., Scheansová, A., Gregor, P., Fiala, T. (2008). Symboly abstinence v psychoterapii. *Vesmír*, 87, 658.
- O'Dea, J. M. (2011). *Predicting dropout from an alcoholism treatment program using a state database* (dizertační práce). New Brunswick, New Jersey.
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., Ball, S. A. (2009). Substance User Treatment Dropout from Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study. *Substance Use*, 44(7), 1021-1038. <http://doi.org/10.1080/10826080802495237>
- Praško, J., Látalová, K. (2009). Závislost na návykových látkách a hraniční porucha osobnosti. *Psychiatrie*, 13(Supplementum 1), 19-20.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Racková, S., Janů, L. (2008). Antidepresiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie Pro Praxi*, 9(3), 126-129.
- Röhr, H. -P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.
- Röhr, H. -P. (2011). *Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Rounsaville, B. J., Kosten, T. R., Weissman, M. M. (1991). Psychiatric Disorders in Relatives of Probands With Opiate Addiction. *Archives Of General Psychiatry*, 48(1), 33-. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810250035004>
- Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (Eds.). (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (2., rev. vyd.). Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ.
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J., Berry, M. (2010). Unrecognised dual diagnosis – a risk factor for dropout of addiction treatment. *Mental Health And Substance Use*, 3(2), 94-109. <http://doi.org/10.1080/17523281003705199>
- Staňková, A. (2014). *Kvalita života abstinujících závislých na alkoholu s absolvovanou KBT léčbou* (Rigorózní práce). Brno.

- Stanton, M. D. (1997). The role of family and significant others in the engagement and retention on drug dependent individuals [Online]. In L. S. Onken, J. D. Blaine, J. J. Boren, *NIDA Research Monograph 165*, (pp. 157-180). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90092-M](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M)
- Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., et al. (2013). Disadvantageous Decision-Making as a Predictor of Drop-Out among Cocaine-Dependent Individuals in Long-Term Residential Treatment. *Frontiers In Psychiatry*, 4, -. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00149>
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>
- Šerý, O., Lochman, J., Gláslová, K., Štaif, R., Novotný, M., Kmoch, V., Zvolský, P. (2009). Asociační studie vztahu čtrnácti polymorfismů kandidátních genů k dispozicím k závislosti na alkoholu. *Čes. A Slov. Psychiat*, 105(4), 153-162.
- Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí: Podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno Na Drogy*, 5(3), 1-8.
- Šlamberová, R. (2008). Jaké jsou mechanismy vzniku závislosti? *Čs. Fyziologie*, 57(4), 110-115.
- Těmínová Richterová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 369-386). Praha: Grada.
- Thylstrup, B., Hesse, M. (2016). Impulsive lifestyle counseling to prevent dropout from treatment for substance use disorders in people with antisocial personality disorder: A randomized study. *Addictive Behaviors*, 57, 48-54. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.02.001>
- Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby. *Čes. A Slov. Psychiat*, 104(5), 230-235.
- Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T., Floersch, J. E. (2010). Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal Of Social Work Practice In The Addictions*, 10(3), 257-282. <http://doi.org/10.1080/1533256X.2010.500970>
- Váchová, P., Racková, S., Janů, L. (2009). Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn. *Čes. A Slov. Psychiat*, 105(6-8), 263-268.
- Váchová, P., Janů, L., Racková, S. (2009). Patogeneze závislosti. *Psychiatrie Pro Praxi*, 10(6), 257-259.

Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A., Stark, K. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal Of Public Health*, 84(2), 215-221. <http://doi.org/10.2105/AJPH.84.2.215>

Zahradník, P. (2007). Poznámky k psychodynamickým aspektům alkoholové závislosti. *Psychiatrie Pro Praxi*, 8(5), 226-228.

Internetové zdroje:

Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. (2015). Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [Online]. In *Ministerstvo zdravotnictví*. Retrieved from http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcn%C3%AD%20plany%20-%20pr%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf

Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče. Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče [Online]. In *Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova*. 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova. Retrieved from <http://usm.lf1.cuni.cz/download/Odmitnuti.pece.pdf>

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [Online]. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Retrieved from <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

17. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dokument „Informace o studii a informovaný souhlas“, který byl podepsán všemi klienty zařazenými ve studii

Příloha č. 2 – Záznamový arch č. 1 – před odchodem z léčby

Příloha č. 3 – Záznamový arch č. 2 – po stáhnutí reverzu

Příloha č. 4 - Souhlas primáře s provedením výzkumu - Z důvodů ochrany osobních údajů účastníků výzkumu se tato příloha předkládá pouze v tištěné verzi.

PŘÍLOHA Č. 1

Informace o studii a informovaný souhlas

Příloha k diplomové práci s názvem: Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů se závislostí. Autorem práce je Tomáš Fiala - student magisterského studia oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucím práce je Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc. z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Cílem práce je popsat společné znaky českých klientů, kteří předčasně ukončí léčbu a klientů, kteří uvažovali o ukončení léčby, ale zůstali v ní. Druhým cílem studie je identifikovat motivační vlivy, které klienta přesvědčily v pokračování v léčbě. Všechny informace a přepisy rozhovorů budou zpracovány anonymně a se souhlasem zúčastněných.

Účast ve výzkumu znamená časové zatížení v délce přibližně jedné hodiny. Použitou výzkumnou metodou budou polostrukturované rozhovory.

Důležité informace z interview budou zapisována do záznamových archů, pokud tak klient sám dovolí. Autor výzkumu se zavazuje, že zápisy z rozhovorů neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům, budou zpracovány objektivně a po zpracování diplomové práce budou záznamové archy skartovány.

V průběhu výzkumu může být účastník požádán o nahlédnutí do lékařské dokumentace, případně o opis z ní při vynechání všech osobních údajů nebo jinak identifikačních údajů.

Účastníkům výzkumu nehrozí žádné zdravotní ani bezpečnostní či jiné riziko. Účastník výzkumu vstupuje do studie dobrovolně, tudíž nemá nárok na finanční odměnu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nich každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Vážený pane....., potvrzujete svým podpisem, že jste se rozhodl zúčastnit výzkumu, který je součástí diplomové práce „Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů se závislostí“, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení?

Vážený pane....., prohlašujete a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzujete, že autor práce, který poskytl poučení, osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jste možnost klást otázky, na které autor řádně odpověděl?

Vážený pane....., prohlašujete, že jste shora uvedenému poučení plně porozuměl a souhlasíte s účastí ve studii?

Datum:

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

Jméno a příjmení účastníka studie:

Podpis účastníka výzkumu:

Jméno a příjmení autora studie:

PŘÍLOHA Č. 2

1. Jak dlouho jste přemýšlel o tom, že chcete odejít?

2. Jaké důvody Vás vedou k předčasnému odchodu z léčby?

3. Byl byste ochoten na nějakém důvodu k odchodu pracovat a odchod odložit?

4. Co Vás venku čeká?

5. Co vše se Vám v léčbě podařilo?

6. Doplnující důležité informace:

PŘÍLOHA Č. 3

1. Na jak dlouho to teď v léčbě vidíte?
2. Na základě čeho jste svůj odchod z léčby přehodnotil?
3. Co jste se o sobě dozvěděl během této krize?
4. Doplňující důležité informace:

PŘÍLOHA Č. 4

Z důvodů ochrany osobních údajů účastníků výzkumu se tato příloha předkládá pouze v tištěné verzi.